

Україна

НАДАННЯ ПІДТРИМКИ УКРАЇНІ У РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**Переклад Технічного звіту ЄЦКЗ
«Протокол по наданню підтримки для
медично та соціально вразливим групам
населення в країнах ЄС/ЄЕЗ та в
Сполученому Королівстві під час
пандемії COVID-19»**

Від 03 липня 2020 р.

УКРАЇНА
НАДАННЯ ПІДТРИМКИ УКРАЇНІ У РОЗВИТКУ
СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Технічний звіт ЄЦКЗ «Протокол по наданню підтримки для медично та соціально вразливим групам населення в країнах ЄС/ЄЕЗ та Великій Британії під час пандемії COVID-19»

Контакти:

Предраг Дюріч, MD, PhD
Predrag.Duric@gfa-group.de
Офіс Проєкту у Києві, Україна
04071, Київ, вул. Ярославська 41
+380 44 425 43 54

Проєкт впроваджують



Finnish institute for
health and welfare

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
Ключові меседжі	6
Зміст	8
Цільова аудиторія	8
Визначення.....	9
Передумови	10
Методи	13
Результати.....	15
Результати аналізу літератури.....	15
Етнічні меншини	15
Нелегальні мігранти	16
ЛГБТІ спільноти.....	18
Особи з підвищеним ризиком розвитку тяжкої форми хвороби через COVID-19	19
Особи без постійного місця проживання.....	21
Особи, що страждають від домашнього насильства.....	22
Особи, що страждають від наркотичної чи алкогольної залежності	24
Особи з обмеженою дієздатністю	26
(i) Особи з інтелектуальними обмеженнями дієздатності та порушеннями розвитку	26
(ii) Особи з психічними розладами та психосоціальними розладами	28
(iii) Особи з фізичними чи сенсорними обмеженнями дієздатності.....	29
Особи, що працюють у сфері надання сексуальних послуг	30
Результати дослідження	32
Описовий підсумок відповідей на опитування.....	32
Послуги, які надають організації, що взяли участь в опитуванні.....	34

Проблеми, з якими стикаються організації-респонденти	37
Успіх та вивчені уроки в наданні послуг	39
Оцінка заходів	47
Здійснення оцінки потреб уразливих груп населення	48
Запропоновані належні практики для заходів під час пандемії COVID-19	50
Безперервність надання послуг	51
Забезпечення матеріальної підтримки	52
Використання онлайн- та інших цифрових технологій	52
Профілактика інфікування COVID-19 як скеред користувачів, так і серед персоналу / волонтерів	53
Дотримання підходу «залучення громади»	54
Чітка комунікація між постачальниками послуг і користувачами послуг	54
Забезпечення відчуття соціального зв'язку	55
Співпраця між національними / регіональними органами влади та постачальниками послуг з громадянського суспільства	55
Справедливість та права людини	56
Оцінка потреб та оцінка послуг	56
Гнучкість на рівні політик надання послуг та забезпечення постійного правового захисту	57
Обмеження цього дослідження	58
Експерти-консультанти	58
Додаток 1. Інструмент опитування	59
Опитування щодо соціально та медично вразливих груп населення в ЄС / СЕЗ та Сполученому Королівстві під час пандемії COVID-19	59
Передумови	59
Завдання цього опитування	59
Список літератури	64

ВСТУП

Згідно з Угодою про асоціацію між Україною та ЄС (Розділ V, Глава 22 «Громадське здоров'я»), що набрав повної чинності 1 вересня 2017 року, Україна взяла на себе зобов'язання привести свою правову та інституційну базу у відповідність до практик ЄС.

Проєкт «Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я» працює для надання підтримки в модернізації та розвитку стійкої системи громадського здоров'я, яка би могла забезпечити профілактику захворювань і стандарти контролю, що відповідають законодавству, вимогам та практикам ЄС. За підтримки проєкту здійснюється переклад настанов, рекомендацій, інструкцій, регламентів міжнародних та європейських організацій у сфері громадського здоров'я та системи безпеки крові.

Проєкт фінансується Європейським Союзом і впроваджується компанією GFA Consulting Group GmbH, Гамбург, у консорціумі з Інститутом охорони здоров'я і соціального забезпечення Фінляндії, Гельсінкі. Проєкт підтримує консолідацію та розширення можливостей Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України (ЦГЗУ) та створення сучасної системи безпеки крові в Україні.

Ключові меседжі

- Вплив пандемії COVID-19 на ЄС / ЄЕЗ та Сполучене Королівство був значним і безпрецедентним, не тільки з погляду поширення та смертності, але й з погляду суспільства та економіки.
- Деякі особи значно вразливіші, ніж інші групи населення, як до самого COVID-19, оскільки в них вищий рівень ризику розвитку складної форми хвороби та смерті, так і до наслідків заходів громадського здоров'я, впроваджених для контролю поширення вірусу, які погіршили їх і без того складну життєву ситуацію. Цих людей можна назвати медично та соціально вразливими особами, відповідно.
- Під час пандемії COVID-19 багато людей відчули себе вразливими як у медичному, так і в соціальному аспекті, а інші зіткнулися з особливо великою кількістю викликів, оскільки належать до двох чи більше визнаних категорій соціально вразливих груп населення. До цих викликів належить необхідність цільового інформування, проблеми з доступом до послуг, зниження пріоритетності звичайних послуг, стигма / дискримінація, а також фінансові та юридичні труднощі.
- Громадянське суспільство та інші організації працюють для надання базових послуг, спрямованих на підтримку цих груп населення під час пандемії. Дослідження ЄЦКЗ виявило низку наскрізних належних практик, які обумовлюють успіх, якого було досягнуто попри значні фінансові та логістичні виклики. До них належать гнучкість та здатність адаптувати послуги до нових ситуацій, і таким чином можна гарантувати постійне забезпечення матеріальної та соціальної підтримки; креативне використання онлайн-технологій; а також організація роботи на основі принципів залучення громади.
- Національні та регіональні органи влади допомагали різним соціальним групам шляхом надання фінансової допомоги; роботи для налагодження хорошої комунікації, співпраці та координації з ними; а також забезпечили масштабнішу основу для здійснення заходів на основі справедливості та прав людини.
- Проте координація між організаціями громадянського суспільства й органами влади не завжди була ідеальною. Також були випадки, коли права вразливих груп населення не захищалися, як детально описано в цьому документі.
- Робота організацій громадянського суспільства, що займаються наданням підтримки, протягом всієї пандемії і до сьогодні була вражаючою, але вона не розрахована на тривалий період і не може замінити зобов'язання держав гарантувати доступ до допомоги та підтримки для людей на їх територіях.

- Фінансова та політична підтримка, яку забезпечують національні та регіональні органи влади, разом з об'єднаними зусиллями з координації та спрямування послуг можуть бути необхідними, якщо організації, що займаються наданням допомоги, можуть вижити і продовжити надавати послуги найбільш уразливим групам населення в ЄС / ЄЕЗ.

Зміст

Завдання цього документа – забезпечити протокол для організацій громадського суспільства та неурядових організацій (НУО), а також для національних та регіональних органів влади в Європейському Союзі, Європейській економічній зоні (ЄС / ЄЕЗ) та в Сполученому Королівстві, які повинні надавати підтримку медично та соціально вразливим особам під час пандемії коронавірусного захворювання (COVID-19). Зокрема, в цьому документі зроблено спробу ідентифікувати основні наскрізні виклики, досягнення та уроки, вивчені цими організаціями за час періоду впровадження ініціативи «залишайся вдома» та інших заходів, які впроваджувалися в березні-травні 2020 року. Очікується, що наведені тут висновки можна застосовувати для підтримки постачальників послуг по всьому ЄС / ЄЕЗ та Сполученому Королівстві, зважаючи на розгортання пандемії, а також, зокрема, у випадку стрімкого зростання кількості випадків в майбутні місяці, що може призвести до необхідності знову повернутися до заходів щодо перебування вдома чи інших обмежень на пересування.

Зверніть увагу, що цей документ ґрунтується на пошукових дослідженнях. Для нього використовувався загальний принцип, і він не має на меті забезпечити вичерпний аналіз усіх тих проблем, з якими стикаються послуги з підтримки медично та соціально вразливих груп населення під час пандемії. Також зверніть увагу, що відсутність конкретних посилань на конкретні вразливі групи населення в тексті жодним чином не вказує на те, що ці групи менш важливі, ніж ті, про які згадано. Неможливо охопити всі вразливі групи населення в одному документі, але ми віримо, що загалом ті проблеми, які висвітлено і з якими стикаються ті групи, про які згадано, значною мірою релевантні і для тих груп, які ми не включили в цей документ.

Цільова аудиторія

Цільова аудиторія для цього протоколу охоплює організації в ЄС / ЄЕЗ та в Сполученому Королівстві, що надають послуги з безпосередньої підтримки різним вразливим групам населення під час пандемії COVID-19 (включно з представниками громадянського суспільства, НУО та місцевими органами влади); парасолькові організації, що захищають права певних вразливих груп населення; а також національні та регіональні органи влади в країнах та регіонах, де працюють ці організації.

Визначення

Цей звіт охоплює такі категорії вразливих груп населення. Нижченаведений перелік не подається в порядку важливості.

Етнічні меншини – це термін для позначення груп осіб, які поділяють відчуття ідентичності та спільні характеристики, наприклад, мову, релігію, племінну приналежність, національність, расу чи комбінацію цих рис, які відрізняють їх від більшості населення в місці, де вони живуть [1].

Нелегальні мігранти: Нелегальний мігрант, також іноді використовують термін «нелегал» (особа, яка не має необхідних документів – прим. пер.) в контексті ЄС / ЄЕЗ – це «громадянин третьої країни на території країни Шенгенської зони, який не задовольняє, чи вже не задовольняє умов для в'їзду, які вказано в Регламенті (ЄС) 2016 / 399 (Шенгенський кодекс про кордони), чи інші умови в'їзду чи перебування в цій державі-члені ЄС» [2,3]. Зверніть увагу, що цей звіт не стосується мігрантів у пунктах прийому / перебування та осіб у в'язницях, оскільки вони розглянуті в інших звітах Європейського Центру профілактики та контролю захворювань (ЄЦКЗ) з питань COVID-19 [4,5].

ЛГБТІ-спільноти: Лесбійки, геї, бісексуали, транс- та інтерсексуали – це ті, хто загалом належать до категорії під назвою «ЛГБТІ».

Особи з підвищеним ризиком розвитку тяжкої форми хвороби через COVID-19: Ця група охоплює (але не обмежується) осіб похилого віку (в цьому документі – віком 60 років і старше, через вищі показники частотності госпіталізації, розвитку тяжкої форми хвороби та смертності при інфікуванні COVID-19, згідно з повідомленнями в Європі [6]), осіб, що живуть у закладах довготермінового догляду, а також осіб з хронічними захворюваннями, наприклад, високий тиск, надмірна вага / ожиріння, діабет, тощо.

Особи без постійного місця проживання – це особи, що «не мають доступу до житла, де [вони] могли би проживати на певних підставах, незалежно від того, чи це житло: (i) їх законна власність або орендоване майно; (ii) надано якоюсь організацією; (iii) надано роботодавцем; (iv) можна використовувати для проживання без орендної плати відповідно до певної контрактної чи іншої угоди» [7].

Особи, що страждають від домашнього насильства, – ця категорія може охоплювати тих, хто постраждав від будь-яких одноразових чи регулярних проявів контролю, примушування чи залякування, а також насильства чи жорстокості з боку осіб, які є (чи були) їхнім інтимним партнером чи членом сім'ї, незалежно від статі, гендерної ідентичності чи сексуальної орієнтації. Насильство може охоплювати (але не

обмежується) психологічними, фізичними, сексуальними, фінансовими та емоційними проблемами [8].

Особи, що страждають від наркотичної чи алкогольної залежності, – це особи, яким складно зменшити кількість чи припинити вживати наркотичну речовину чи наркотичні речовини чи / та алкоголь, і продовжують вживати їх, попри те, що це шкодить їхньому здоров'ю та благополуччю [9].

Особи з обмеженою дієздатністю – це особи з довготерміновими фізичними, психічними, інтелектуальними чи сенсорними порушеннями, які під час взаємодії з різноманітними перешкодами можуть обмежувати їх повноцінну та ефективну участь в суспільстві на рівні з іншими особами [10]. Саме тому, для цілей цього документу, виділено три підкатегорії осіб з обмеженою дієздатністю:

- **Особи з інтелектуальними обмеженнями дієздатності та порушеннями розвитку:** Особи з інтелектуальними обмеженнями дієздатності та порушеннями розвитку (англ. «IDD») охоплюють осіб зі синдромом Дауна, дитячим церебральним паралічем, аутизмом та іншими пов'язаними станами.
- **Особи з психічними розладами та психосоціальними розладами** – це особи зі «станами, що впливають на її мислення, почуття, настрої чи поведінку, наприклад, депресія, тривожність, біполярний розлад чи шизофренія. Такі стани можуть бути тимчасовими чи довготривалими (хронічними) та впливати на здатність спілкуватися з іншими людьми та здійснювати повсякденну діяльність» [11].
- **Особи з фізичними чи сенсорними обмеженнями дієздатності:** Вважається, що особа має фізичну чи сенсорну обмеженість діяльності, якщо в неї є очевидні довготермінові захворювання, стани чи порушення, включно з тими, що стосуються слуху чи зору, які зменшують їх спроможність здійснювати повсякденну діяльність [12].

Особи, що надають сексуальні послуги: До осіб, що надають сексуальні послуги, належать цисгендерні та трансгендерні жінки, чоловіки та гендерквірні дорослі та молодь (старше 18 років), які отримують гроші чи товари в обмін за надання сексуальних послуг, чи то одноразово, чи то регулярно.

Передумови

COVID-19 – це нововиявлене гостре респіраторне захворювання, що з'явилося в Китаї наприкінці 2019 року [13]. COVID-19 поширюється через краплі, утворені внаслідок дихання. Спалах цього захворювання переріс у пандемію [14], і станом на

1 липня 2020 року повідомлено про 10,44 млн випадків інфікування та 511 037 смертей по всьому світу [15].

Стрімке поширення захворювання в Європі в лютому та березні 2020 року змусило багато країн впровадити низку профілактичних заходів, наприклад, політику «залишайся вдома», разом з іншими громадськими заходами та заходами фізичного дистанціювання, що передбачали скасування масових заходів і закриття навчальних закладів, робочих і громадських місць [16]. Цей підхід значно знизив поширення, адже в ЄС / ЄЕЗ та в Сполученому Королівстві, станом на 1 липня 2020 року, зафіксовано 1,56 млн випадків інфікування та 177 122 смертей [17], дані моделювання свідчать, що, можливо, завдяки цим заходам було врятовано 3,1 млн життів у 11 європейських країнах [18].

Та попри те, що ці заходи були успішними в питанні зменшення кількості випадків інфікування та смертей, виявилися, що вони завдають значну шкоду суспільству, як в економічних, так і в соціальних аспектах [16]. Справді, економічні показники вказують на те, що ЄС / ЄЕЗ увійдуть у фазу глибокої рецесії у 2020 році [19], а особи, що не мають стабільної роботи, будуть особливо уразливими до майбутнього економічного потрясіння [20]. До того ж деякі особи значно більш уразливі, ніж інші групи населення, як до самого COVID-19, оскільки в них вищий рівень ризику розвитку складної форми хвороби та смерті, так і до наслідків заходів громадського здоров'я, впроваджених для контролю поширення вірусу, які погіршили їх і без того складну життєву і фінансову ситуацію.

Ця перша група, яку визначено тут як «особи з низьким медичним захистом від COVID-19», охоплює осіб похилого віку та осіб з хронічними захворюваннями, наприклад, високий тиск, надмірна вага / ожиріння чи діабет [21]. Друга група, визначена тут як «соціально вразливі особи», охоплює гетерогенний спектр осіб, включно з (серед інших) тими, хто страждає від довготермінових фізичних, психічних, інтелектуальних чи сенсорних порушень; осіб без постійного місця проживання; осіб, що страждають від домашнього насильства; етнічні меншини; особи, що надають сексуальні послуги; представники ЛГБТІ-спільноти; а також нелегальні мігранти¹ [22]. Під час пандемії COVID-19 багато людей відчували себе вразливими як у медичному, так і в соціальному аспекті, а інші зіткнулися з особливо великою кількістю викликів, оскільки належать до двох чи більше визнаних категорій соціально вразливих груп населення. Ці види незахищеності накладаються

¹Візьміть до уваги, що перелік, наведений тут, не обов'язково охоплює всі соціально та медично вразливі групи населення. Вони – радше приклади, які досліджуються в цьому документі, але ми визнаємо, що є й інші групи, які стикаються зі своїми власними видами вразливості.

одна на одну і підкреслюють, наскільки важливо забезпечити скоординовану реакцію відповідно до політики, що враховує як окремі виклики, з якими стикається кожна окрема вразлива група населення, так і комплексні підходи до реагування на спільні потреби та виклики.

Захист медично вразливих груп населення під час пандемії – це юридичний обов'язок країн-членів ЄС / ЄЕЗ та Сполученого Королівства. В загальному коментарі №14 Організації Об'єднаних Націй (ООН) до Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, який ратифікували всі держави-члени ЄС / ЄЕЗ та Сполучене Королівство, чітко вказано, що потрібно зважати і захищати вразливі групи населення в питанні права на здоров'я [23]. На рівні ЄС Хартія основних прав Європейського Союзу, яка має таку ж юридичну силу, як і Угоди ЄС, забороняє дискримінацію згідно зі Статтею 21, а також передбачає право на здоров'я відповідно до Статті 35, в якій вказано, що кожна особа має право на доступ до профілактичної охорони здоров'я та право користуватися медичними послугами відповідно до умов, встановлених національними законами та практиками [24]. Крім того, у Статті 25 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, сторонами якої є ЄС та держави-члени, вказано, що уряди вживатимуть всіх необхідних заходів для гарантування доступу осіб з обмеженням дієздатності до медичних послуг, враховуючи гендерний фактор, включно з медичною реабілітацією [10].

Захист соціально вразливих осіб – це імператив, зважаючи на права людини та справедливість. Тому Цілі сталого розвитку (ЦСР), які прийняли усі держави-члени ООН у 2015 році, передбачають зобов'язання влади гарантувати належний стан здоров'я та благополуччя (ЦСР 3), досягнення рівності статей (ЦСР 5), зменшити нерівність між країнами (ЦСР 10), а також сприяти розвитку мирних та інклюзивних суспільств (ЦСР 16) [25]. В Європі Статтею 14 Європейської конвенції про права людини забороняється дискримінація на основі «статі, раси, кольору шкіри, мови, релігії, політичних чи інших поглядів, національного та соціального походження, ідентифікації з національною меншиною, народженням чи іншим статусом» [26]. В умовах пандемії COVID-19 ця Конвенція виконує функцію важливого інструменту захисту багатьох осіб, які можна вважати соціально вразливими. До того ж основоположні принципи ЄС передбачають «повагу до людської гідності, свободи, демократії, рівності, верховенства права та дотримання прав людини включно з правами осіб, що належать до меншин» [27].

На практичному рівні по всій території ЄС / ЄЕЗ та Сполученого Королівства існує велика кількість організацій, що надають підтримку медично та соціально вразливим групам населення, а їх робота була критично важливою в умовах пандемії COVID-19. Підтримка, яку вони надавали, – неоціненна, але терміновий характер роботи в останні місяці став причиною того, що багато організацій

сфокусувалося на адаптації до нових умов та наданні своїх послуг. Це означає, що вивчені уроки та розроблені інновації могли ще не розповсюдитися. В очікуванні потенційного збільшення кількості випадків важливо забезпечити аналіз усіх таких уроків, вивчених на ранніх етапах пандемії, і таким чином забезпечити інформацію для майбутніх заходів та стратегій.

Методи

У цьому проєкті використовувалися два взаємодоповнюючі набори даних: матеріали швидкого аналізу літератури та матеріали опитування.

Швидкий огляд літератури: Швидкий огляд літератури здійснено для кожної з охоплених вразливих груп населення. Пошукові запити включали описові назви кожної групи (наприклад, «безпритульні», «особи, що надають сексуальні послуги» тощо), а також «COVID-19». Цей пошук охопив «сіру літературу» і матеріали з рецензованої літератури, а також було проаналізовано списки джерел з конкретних статей для виявлення додаткових релевантних матеріалів. Зібрану літературу було проаналізовано, беручи до уваги (i) деталі певних аспектів уразливості певної групи населення під час пандемії COVID-19, а також (ii) запропоновані підходи до вирішення цих викликів. На основі цього аналізу було створено короткі підрозділи про кожну окрему вразливу групу населення.

Опитування: ЄЦКЗ розробив опитування, що складалося як із питань з кількома варіантами відповіді на вибір, так і з відкритих питань, для збору (насамперед якісних) даних щодо успіхів та викликів у підтримці медично і соціально вразливих груп населення під час пандемії COVID-19. Це онлайн-опитування (див. Додаток 1) складалося з 10 питань, і його розповсюджували по ЄС / ЄЕЗ за допомогою Національних контактних осіб ЄЦКЗ з питань готовності та національних координаторів ЄЦКЗ, за допомогою формальних мереж ЄЦКЗ, а також за допомогою професійних мереж команди, яка займалася опитуванням, а також через медіа-акаунти ЄЦКЗ у Facebook, Twitter та LinkedIn. Це опитування також поширювалося через релевантні розділи та новинні розсилки Європейської асоціації громадського здоров'я (EUPHA)

Цей інструмент опитування був доступний онлайн у період з 22 травня до 2 червня 2020 року. Отже, дані збиралися до завершення періоду перебування вдома, який було введено в багатьох європейських країнах.

Аналіз відповідей на запитання щодо послуг, які надаються, викликів, успішного надання послуг і вивчених уроків здійснювався загалом по всьому матеріалі: дані не розподілялися за категоріями населення, яким надаються послуги. Цей підхід було

обрано для того, щоб виявити і акцентувати увагу на наскрізних послугах, з якими стикається громадянське суспільство та інші постачальники послуг під час пандемії, незалежно від того, яким групам населення надаються послуги – справді, організації, що надають послуги різним групам населення здебільшого стикаються зі схожими проблемами. Основні теми виникли індуктивно під час аналізу даних, а відповідні цитати учасників опитування було включено в підзаголовки у відповідних підрозділах для того, щоб проілюструвати ключові пункти.

Останній розділ цього звіту охоплює синтез результатів аналізу літератури та огляду. Здійснивши тріангуляцію цих двох взаємодоповнюючих джерел даних, ми намагалися виявити якісь загальні принципи належних практик, які можуть бути релевантними для надавачів послуг з підтримки під час пандемії COVID-19 і, зокрема, у випадку стрімкого збільшення кількості випадків у наступні місяці та подальшого повернення до режиму «залишання вдома» та іншими обмеженнями на пересування разом з усіма викликами, пов'язаними з ними.

Результати

Результати аналізу літератури

У цьому розділі представлено результати швидкого аналізу літератури. Його завдання – представити деякі основні, визнані проблеми, з якими стикаються усі вразливі групи населення, охоплені в цьому опитуванні, а також деякі засоби, за допомогою яких організації, що займаються підтримкою, намагалися вирішити ці виклики.

Етнічні меншини

Нещодавно опублікований звіт зі Сполученого Королівства показав, що COVID-19 нерівномірно вражає різні етнічні групи – з більшими показниками інфікування та смертності [28]. Виявлено різні причини для пояснення підвищених показників інфікування та високої смертності серед груп етнічних меншин; вони включали медичні (наприклад, вищі показники захворюваності на діабет чи гіпертензію, що часто спричинені бідністю, в якій живе більшість представників етнічних меншин) та соціологічні фактори (наприклад, працевлаштування). Представники груп етнічних меншин здебільшого працюють на роботах, які наражають їх на особливо високий ризик інфікування COVID-19, наприклад, касири в супермаркетах чи водії-експедитори [30]. Ці роботи не можна здійснювати з дому, а необхідність добирання на роботу також підвищує ризик інфікування.

Роми – один із прикладів конкретної етнічної меншини в ЄС / ЄЕЗ та Сполученому Королівстві. Конкретні виклики, з якими стикаються роми в багатьох частинах Європи, ілюструють їх підвищену вразливість до інфікування COVID-19:

- До 30% ромів живе в домогосподарствах без водопостачання, що утруднює дотримання посиленої гігієни рук [31].
- Переважна більшість ромів живе в спільних чи тісних районах чи будинках, що обмежує їх можливість фізично дистанціюватися [31].
- Більшість ромських сімей живе за рахунок вуличної торгівлі, і вони постраждали від відчутної втрати доходів через закриття магазинів і ринків у зв'язку з пандемією. В одному дослідженні вказано, що більше третини ромів втратили роботу через пандемію [32].
- У деяких країнах до 80% ромів живе на грані бідності, тому вони не можуть купувати різні типи засобів захисту [31], і в багатьох країнах Центральної та Східної Європи роми не мають належного доступу до медичних послуг та медичної страховки [33].

- Роми мають нижчий рівень освіти в питаннях здоров'я, тому вони можуть не розуміти певних профілактичних і захисних заходів [34,35].

Зважаючи на підвищену уразливість ромів та інших груп етнічних меншин до інфекції, потрібно докласти зусиль для того, щоб надати підтримку цим групам населення для запобігання та контролю COVID-19. Для багатьох ромів основний виклик – це не обов'язково сам COVID-19, а радше те, що доступ до предметів першої необхідності та харчових продуктів під час пандемії утруднився [32]. Відповідно, важливо спрямувати зусилля не тільки на запобігання та контроль COVID-19, але також і на соціальні потреби людей. Різні зацікавлені сторони вирішували ці проблеми, забезпечуючи спільноти ромів харчовими продуктами та санітарними продуктами [36].

Нелегальні мігранти

Складно знайти достовірні дані щодо кількості не задокументованих осіб, але згідно з оцінками, в Європейському Союзі проживає приблизно чотири мільйони мігрантів [37]. Під час пандемії COVID-19 нелегальні мігранти зіткнулися з низкою викликів, більшість з яких існували ще до виникнення COVID-19, але пандемія посилила негативний вплив цих викликів. Вони переважно пов'язані з проблемами з нелегальним статусом мігрантів, який обмежує їх права на охорону здоров'я в більшості країн, обмежує їх доступ до ринків праці та збільшує ймовірність соціального виключення та порушення законів. Ті, кому вдається знайти роботу, часто працюють у секторах з поганими умовами роботи та з більшою ймовірністю контакту з інфекцією, наприклад, сектор аграрного господарства, домашньої роботи, а також надання піклування, прибирання, туризму, будівництва та транспортних перевезень. До інших викликів належать (серед іншого) такі: обмежені житлові умови; мовні, культурні, фінансові та правові бар'єри; низький рівень знань про здоров'я та обмежений доступ до достовірних джерел інформації про здоров'я; інші соціальні та медичні детермінанти, наприклад, хронічні захворювання, проблеми з психічним здоров'ям, низький соціоекономічний статус, безробіття чи безпритульність [38-44]. Згідно з одним дослідженням, п'ятнадцятьом відсоткам мігрантів, включно з ромами та нелегальними мігрантами, відмовляють у наданні медичної допомоги, п'ять відсотків з них стикається з расизмом при зверненні за медичною допомогою, і в результаті двадцять відсотків з них перестають звертатися за медичною допомогою, коли вона їм необхідна [45].

Попри те, що деякі країни-члени ЄС / ЄЕЗ організовують мовні курси для новоприбулих мігрантів, нелегальні мігранти не мають права взяти в них участь, оскільки вони «невидимі» для органів влади [46].

Впровадження деяких заходів для контролю COVID-19, як-от закриття кордонів, обмеження на пересування та скасування масових заходів, негативно вплинуло на нелегальних мігрантів. Безпосередній вплив включає втрату заробітку, затримку прийняття адміністративних і юридичних рішень, а також збільшення рівня страху, що про них повідомлять в органи, які займаються депортацією, якщо вони звернуться за медичною допомогою. Крім того, багато організацій громадянського суспільства, які надають послуги цій групі, зобов'язали припинити таку діяльність для дотримання заходів фізичного дистанціювання, впроваджених місцевими органами влади [39,47].

Міжвідомчі організації та організації громадянського суспільства виступають за прийняття комплексу заходів, спрямованих на захист нелегальних мігрантів та включення цієї групи у реагування на COVID-19 [39,43,48,49]. До деяких запропонованих заходів належать такі:

- Універсальне та рівноправне включення в національні системи громадського здоров'я [39,48].
- Здоров'я має мати пріоритет над статусом іммігранта, включаючи захист особистих даних нелегальних мігрантів від міграційних органів під час звернення за медичною допомогою [49].
- Гарантувати, що інформаційні стратегії громадського здоров'я включають мігрантів [39,48,50].
- Забезпечення невідкладної допомоги нелегальним мігрантам, включно з фінансуванням організацій, які допомагають їм та іншим маргіналізованим спільнотам [49].
- Тимчасове призупинення утримання незаконних мігрантів під вартою, рішень про повернення та зобов'язання покинути країну [49,51,52].
- Тимчасове узаконення статусу іммігранта та запобігання порушенню закону за допомогою продовження чи видачі тимчасових дозволів [49].

Поточна надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я загострила певні аспекти соціальної незахищеності, що впливають на нелегальних мігрантів, наприклад, стигматизація, дискримінація та виключення [39,47]. ВООЗ окреслила такі заходи для протидії стигмі [53]:

- Поширювати факти про передачу, лікування та профілактику COVID-19.
- Залучати лідерів думок (наприклад, релігійних лідерів, відомих людей) для нагадування та поширення меседжів, які зменшують стигму.
- Посилювати голоси, історії та образи осіб, які пережили й одужали від COVID-19.
- Показувати етнічне різноманіття та об'єднувати зусилля громади для профілактики поширення COVID-19 в інформаційних матеріалах.

- Поширювати доказову інформацію через збалансовані та контекстуалізовані репортажі у ЗМІ.

ЛГБТІ спільноти

Лезбійки, геї, бісексуали, транс- та інтерсексуали (ЛГБТІ) можуть бути особливо вразливими до пандемії COVID-19, як з медичної, так і з соціальної точки зору [54]. Деякі представники ЛГБТІ, включно з геями та іншими чоловіками, які мають статеві стосунки з іншими чоловіками, чоловіками-трансгендерами та жінками, мають вищий рівень ризику інфікування ВІЛ. Особи, що живуть з імунodefіцитом, зокрема ті, хто живе з ВІЛ / СНІД, стикаються з підвищеним рівнем ризику розвитку тяжкої форми захворювання COVID-19, і це визнано основною проблемою [55]. Крім того, COVID-19 спричинив загострення наявної соціальної нерівності, з якою стикалися представники ЛГБТІ ще до початку пандемії [56,57].

Основний виклик для ЛГБТІ-спільноти під час пандемії COVID-19 пов'язаний з доступом до послуг з охорони здоров'я. Вони виникли як наслідок дискримінації через сексуальну орієнтацію чи гендерну ідентичність / вираження [54,57], а також тому, що доступ до тестування та лікування ВІЛ було лімітовано під час періоду обмеження на пересування, клініки сексуального здоров'я та психологічні послуги не працювали, а також були перебої з постачанням, які спричинили дефіцит таких найнеобхідніших ліків, як антиретровірусні препарати [58]. Крім того, висловлено занепокоєння щодо зниження пріоритетності певних необхідних медичних послуг, наприклад, гормональної терапії та терапії для закріплення статі для транс-осіб [54,57], навіть попри те, що окремі компоненти медичної допомоги для транс-осіб (наприклад, поточна гормональна терапія чи хірургічне ведення пацієнта після попередніх хірургічних втручань) має вважатися ургентним, а не вибірковим [59]. Повідомляється, що стигматизація та дискримінація представників ЛГБТІ також постійно зростала в період «залишайся вдома», як в домашніх умовах [54,57,60], так і в масштабах громади, зокрема через те, що деякі лідери релігійних громад та політики звинувачували представників ЛГБТІ за поширення COVID-19 [57,59].

Вирішення цих проблем вимагає такого:

- Доступ до безкоштовного чи недорогого скринінгу, тестування та допомоги – гарантований, постійний і безперервний [59,61]. Він має передбачати лікарські засоби для ВІЛ, а також постійну гормональну терапію. Інноваційні стратегії для вирішення цих проблем передбачають забезпечення запасів антиретровірусних препаратів, яких вистачить на багато місяців, онлайн-клініки та мережі підтримки, а також тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом по пошті [58].

- Зниження пріоритетності послуг з охорони здоров'я, призначених конкретно для представників ЛГБТІ, не може здійснюватися на дискримінативних засадах.
- Безперервність транзитивної медичної допомоги, зокрема гормональної терапії, потрібно класифікувати як життєво необхідні послуги, а також необхідно докладати зусиль для недопущення будь-яких перебоїв у їх наданні [54].
- Політичні лідери й інші впливові постаті повинні виступати проти стигматизації та висловлювань, які розпалюють ворожнечу, спрямовану на представників ЛГБТІ в умовах пандемії [54].
- Представникам ЛГБТІ необхідно забезпечити правовий захист [62].

За десятиліття, поки вважалося, що вони відповідають за поширення ВІЛ / СНІД, ЛГБТІ спільноти виробили значну стійкість, зокрема в питанні відстоювання своїх прав на легальне партнерство й укладання шлюбів. Станом на сьогодні існують правові важелі захисту, громадські ресурси та мережі громадської підтримки для представників ЛГБТІ, що значно перевищують ті, що існували, коли у 1980-х спалахнула епідемія СНІДу. Попри те, що ця потреба у відстоюванні прав та соціальній підтримці виникла через довгострокову та глибоко вкорінену дискримінацію, і її не можна назвати «належною практикою», можна стверджувати, що цей досвід може забезпечити якусь надію і орієнтир для вирішення проблеми пандемії COVID-19 [63].

Особи з підвищеним ризиком розвитку тяжкої форми хвороби через COVID-19

Люди старше 60 років та особи з хронічними захворюваннями, включно з гіпертонією, діабетом, серцево-судинними захворюваннями, хронічними респіраторними захворюваннями, раком та ожирінням, мають вищу захворюваність та смертність від COVID-19 порівняно з молодими людьми та людьми без супутніх захворювань [64-66]. Чоловіки цих груп також, як видається, мають дещо вищий ризик, ніж жінки [67-75]. За підрахунками, до 30% населення ЄС / ЄЕЗ та Сполученого Королівства старше 60 років або мають одне із супутніх захворювань, що асоціюється з вищим ризиком COVID-19 [76]. Хоча більшість людей з підвищеним ризиком розвитку тяжкої форми хвороби через COVID-19 живуть самі чи з родиною, деякі з них проживають у закладах тривалого догляду. За підрахунками, у 2016-2017 рр. у країнах ЄС / ЄЕЗ було понад 64 000 будинків пристарілих, реабілітаційних центрів і змішаних закладів довгострокового догляду, що становило понад 3,4 мільйона ліжок [77]. Такі умови можуть забезпечити сприятливе середовище для розповсюдження інфекції.

Через підвищений ризик розвитку тяжких захворювань цим групам населення рекомендується фізичне дистанціювання, і ці рекомендації, ймовірно, залишатимуться в більшості установ доти, поки COVID-19 становитиме загрозу для здоров'я населення. Однак відсутність конструктивних соціальних зв'язків, яку може спричинити фізичне дистанціювання, пов'язана з істотним зниженням якості життя, збільшенням випадків депресії, почуттям самотності й іншими негативними проблемами з психічним здоров'ям [78,79]. Фізичне дистанціювання як захист для мінімізації впливу COVID-19 може проте також негативно вплинути на здатність людей похилого віку та інших осіб із супутніми захворюваннями, пов'язаними з більш високим ризиком COVID-19, шукати або отримувати соціальну та медичну допомогу для вирішення певних проблем зі здоров'ям, перешкоджати їм займатися фізичними вправами, робити покупки або виконувати повсякденні справи. Фізичне дистанціювання може призвести до закриття місць зустрічей (громадські центри, церкви, кафе), що сприяють соціальній взаємодії, а також може зменшити можливості для занять фізичною активністю. Тому важливо досягти балансу між фізичним дистанціюванням і соціальними контактами / фізичною активністю, щоб підтримувати загальний добробут.

Багато рішень, що сприяють доступу до медичної допомоги та наданню можливостей для спілкування під час пандемії, ґрунтуються на технологіях. Деякі дорослі, особливо люди старшого віку, можуть не мати доступу або знань про використання соціальних медіа чи інших програм для сприяння соціальним зв'язкам [80].

Випадків ігнорування може бути більше серед дорослих людей старшого віку або людей із супутніми захворюваннями, які також є членами інших груп, охоплених цим звітом (безпритульні, особи, що вживають наркотики, ЛГБТІ, етнічні меншини, особи з обмеженою дієздатністю тощо) [80-82]. У таких осіб сукупність проблем може мати більш серйозний вплив на їхнє здоров'я та добробут, ніж у випадку інших людей.

Деякі із запропонованих практичних заходів для забезпечення задоволення потреб людей похилого віку та інших груп із супутніми захворюваннями під час пандемії включають:

- Надавати чіткі та конкретні повідомлення за допомогою доступних засобів масової інформації про ризик COVID-19 та вживати профілактичні заходи, включно з фізичним дистанціюванням, а також важливо надати можливість швидко звернутися за медичною допомогою по телефону у випадку симптомів, сумісних із COVID-19. Ці повідомлення повинні бути орієнтовані на людей похилого віку, а також їхніх опікунів, членів сім'ї та медичних працівників. Потрібні також повідомлення для молодшого покоління – про те, як їхні дії впливають на ризик інфікування COVID-19 та ризик зараження вразливих з медичної точки зору груп.

- Використовувати онлайн (відео- чи телефонні) консультації з постачальниками медичних послуг для забезпечення задоволення будь-яких потреб у сфері охорони здоров'я.
- Доставка ліків, їжі та інших засобів повинна заохочуватися за допомогою недорогих і доступних каналів, або ж надавати доступ до них родині, друзям чи волонтерам [80,83].
- Сприяти конструктивному соціальному зв'язку з іншими, незважаючи на фізичне дистанціювання. Це включає використання «планів зв'язку» для подолання соціальної ізоляції та використання Інтернет-комунікаційних систем, соціальних медіа та телефону [84].
- Заохочувати людей займатися фізичною активністю – чи то вдома, чи на вулиці з дотриманням фізичної дистанції – і харчуватися здоровою, збалансованою їжею; пити достатньо води; і намагатися уникати куріння, алкоголю та наркотиків [85].
- Розробити плани запобігання ризику зараження та задоволення медичних і соціальних потреб людей у закладах колективного проживання, як-от заклади тривалого догляду, включно з відслідковуванням COVID-19 у цих закладах [77,86,87].

Особи без постійного місця проживання

За підрахунками, в ЄС перебуває понад 700 000 осіб, які не мають постійного місця проживання[88]. Ці люди переважно живуть у середовищі, що сприяє поширенню інфекційних хвороб, а тому вони – вразливі до таких епідемій, як COVID-19. Не маючи місця проживання, особи, які зіткнулися з проблемою безпритульності, повинні залишатися в притулках або неформальних місцях для ночівлі, наприклад, тимчасових таборів [89]. Ці притулки часто бувають переповнені, в них спільні житлові приміщення і кімнати, а також обмежений доступ до засобів гігієни та ванних кімнат [89,90]. Саме тому ці особи не можуть дотримуватися більшості заходів громадського здоров'я, необхідних для протидії зараженню, наприклад, посиленої гігієни рук, фізичного дистанціювання або розпорядження про перебування вдома. Також повідомлялося про випадки, коли безпритульних штрафували за те, що вони перебували на вулиці протягом періоду дії розпорядження про перебування вдома [91]. Заходи щодо перебування вдома, запроваджені країнами, та закриття магазинів і громадських місць створюють додаткові виклики для безпритульних, які покладаються на державні установи, наприклад, для користування ванною кімнатою чи пошуку спального місця [90,92]. Крім того, пандемія COVID-19 вплинула на багато служб допомоги безпритульним, наприклад, центри роздачі їжі [90].

Окрім того, що особи без постійного місця проживання мають підвищений ризик зараження внаслідок їх життєвих обставин, у багатьох із них також підвищений ризик розвитку тяжкої форми захворювання [90,93]. Їхній стан здоров'я зазвичай гірший, ніж у решти населення, у них вищі показники хронічних захворювань і зловживання наркотичними речовинами [92,94]. Повідомлялося про декілька спалахів COVID-19, що швидко розповсюджувалися у притулках для безпритульних, зокрема, зі смертельними наслідками [95,96] [97].

Переміщення між притулками та спальними місцями відбувається досить часто, і це може обмежити доступ цих осіб до медичного обслуговування та інформації про охорону здоров'я. Це створює додатковий ризик зараження для цієї групи населення, одночасно створюючи труднощі для відстежування, а також для профілактики та контролю COVID-19 [98].

Зусилля щодо захисту безпритульного населення передбачали сепарацію заражених від неінфікованих, та / або медично вразливих від менш вразливих осіб. Одним із прикладів цього є Сполучене Королівство, де План Сектора Безпритульних передбачає створення закладів COVID-ДОГЛЯД (для симптоматичних та позитивних випадків) та COVID-ЗАХИСТ (для медично вразливих осіб, а також для безсимптомних або людей з негативними результатами тестів, які потребують самоізоляції) [98,99]. Безпритульним також було забезпечено готелі та хостели [100,101], а також різні будівлі були перероблені під притулки для осіб, які не мають постійного місця проживання, включно з будівлею Європейського парламенту та місцем проведення Каннського кінофестивалю [102,103]. Окрім забезпечення притулками, важливо гарантувати, щоб люди, які не мають постійного місця проживання, мали доступ до місць / засобів гігієни та продуктів харчування [88].

Особи, що страждають від домашнього насильства

Соціальна ізоляція та підвищений стрес можуть створити для людей з наркотичною залежністю загрозу рецидиву. Вживання алкоголю збільшує частоту та тяжкість насильства з боку інтимних партнерів, а надмірне вживання алкоголю може загострити шлюбні конфлікти та проблеми догляду за дітьми, що також призводить до підвищення рівня фізичного насилля [104].

Факти свідчать, що діти піддаються підвищеному ризику домашнього насильства в періоди, коли школи закриті у зв'язку з надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я. Для батьків, які намагаються працювати з дому або які можуть працювати, і які мають збалансовувати догляд за дитиною і стрес на роботі, невизначена тривалість карантину під час пандемії призвела до збільшення рівня батьківського стресу, жорстокого поводження та насильства щодо дітей [105].

Рекомендації щодо перебування вдома створюють для жертв домашнього насильства ризик подальшого насильства, а також ізолюють їх від мереж соціальної підтримки. Політика обмеження на пересування може призвести до підвищення показників домашнього насильства, зловживання наркотичними речовинами, тривоги, серйозної депресії, самогубств і потреб допомоги у галузі психічного здоров'я [106]. У квітні 2020 р. держави-члени ЄС / ЄЕЗ повідомили про зростання кількості екстрених дзвінків від жінок, що повідомляли про насильство з боку інтимних партнерів, на 60% порівняно з кількістю, зареєстрованою минулого року [107]. Збільшення випадків домашнього насильства щодо ЛГБТІ-осіб також було відмічено у багатьох європейських країнах, коли вони були змушені перебувати разом з іншими людьми, у яких могла бути фобія до ЛГБТІ [57]. Існують також докази того, що кількість випадків жорстокого поводження з людьми похилого віку з боку партнера або іншого члена сім'ї чи доглядача могли збільшитися під час пандемії [108].

До пандемії люди, які пережили домашнє насильство, могли звернутися за допомогою, коли їх кривдник знаходився на роботі або поза домом. Однак, коли вводяться карантинні заходи щодо перебування вдома, особи, які стикаються з насильством у сім'ї, можуть не мати змоги врятуватися від свого насильника або зателефонувати за допомогою. Багато зловмисників використовують ситуацію з пандемією як можливість збільшити свій контроль над партнерами та рівень насильства над ними, а також обмежують їхні контакти із зовнішнім світом [66].

Вчителі – це ті люди, які найчастіше повідомляють про жорстоке поводження з дітьми, але внаслідок тривалого закриття шкіл на час пандемії COVID-19 вони менш регулярно контактують із дітьми, які проживають у сім'ях, де практикується домашнє насильство, тому діти не можуть повідомити про свої проблеми. Крім того, діти більше не мають доступу до своїх зовнішніх соціальних кіл, їжі та іншої підтримки, необхідної для подолання домашнього насильства [109].

Організаціям потрібно розробити креативні рішення, щоб допомогти людям, які живуть в умовах домашнього насильства, в період дії розпоряджень про перебування вдома, наприклад, використання текстових повідомлень та онлайн-чатів для допомоги в жіночих притулках замість телефонних дзвінків, оскільки голосові дзвінки можуть бути неможливими, поки кривдник перебуває вдома [110]. Вони можуть також надавати навчальні матеріали, у т.ч. комп'ютери, дітям у притулках для жінок, щоб вони могли дистанційно закінчити своє навчання [111], тоді як деякі притулки надають захисні пристрої, як-от дверні замки, віконні решітки та сигналізації, для жінок, які перебувають у групі ризику, щоб вони могли захиститись на від небезпеки [112]. Крім того, також важливо продовжувати підтримувати тих осіб, які чинили насильство і хочуть припинити це робити [113].

Деякі інші запропоновані практичні заходи, що забезпечують підтримку людей, які зазнають домашнього насильства під час пандемії COVID-19, включають:

- Заклик до громад проводити швидкі та помітні роз'яснювальні заходи з чіткою комунікацією та визнанням того, що рівень насильства в сім'ї зростає під час надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я, з чіткими повідомленнями щодо того, як жінки можуть знайти підтримку [111]. Притулки повинні залишатися відкритими і продовжувати інформувати, що вони приймають усіх, хто цього потребує.
- Створення текстових повідомлень або вікна чату, щоб усі, хто потребує, могли отримувати підтримку, терапію та поради іншими способами, без використання телефонних дзвінків [112].
- Забезпечення засобами індивідуального захисту в побутових приміщеннях і забезпечення засобами для прибирання притулків [111].

Зважаючи на безробіття та фінансову незахищеність, рекомендації щодо громадського здоров'я повинні збалансувати потребу у запобіганні поширення інфекції COVID-19 та обсяг впливу стратегій стримування поширення хвороби на здоров'я населення. Пандемія – не причина домашнього насильства, але вона загострила цю проблему, і організації, які допомагають цій групі населення, повинні активно проводити інформаційні заходи та швидко мобілізувати ресурси, щоб допомогти всім людям з цієї категорії вразливого населення [112].

Особи, що страждають від наркотичної чи алкогольної залежності

Люди, що страждають від алкогольної або наркотичної залежності, можуть мати підвищений ризик розвитку COVID-19, а також гірші наслідки, як-от госпіталізація та смерть, особливо якщо вони живуть у нестабільних умовах, практикують спільне вживання наркотиків або якщо в них поганий імунітет (через, наприклад, нелікований ВІЛ, хронічний обструктивний легеневий розлад чи інші супутні захворювання) [114, 115]. Додаткові проблеми для цієї популяції включають обмежений доступ до медичних послуг через закриття клінік та заходи фізичного дистанціювання, введені у відповідь на COVID-19.

Попередні результати дослідження, проведеного Європейським центром моніторингу наркотиків та наркоманії (ЄЦМНН), свідчать про те, що пандемія COVID-19 призвела до зменшення попиту та доступності послуг з лікування наркотичної залежності [116]. Як і у випадку з іншими медичними службами, служби лікування наркотичної та алкогольної залежності вимушено обмежили свій доступ до клієнтів,

а деякі – закрилися. Втручання, що передбачає тривалий фізичний контакт, наприклад, психосоціальне лікування, обмежили, а групову терапію – скасували.

Крім того, обмежувальні заходи ускладнювали доступ клієнтів до лікувальних центрів, особливо для людей, які добираються з сільських районів, через відсутність громадського транспорту [116]. Незважаючи на те, що надходять повідомлення про збільшення використання мобільних або онлайн-послуг чи дистанційних послуг, спрямованих на зменшення рівня шкоди, також повідомляється і про труднощі у використанні таких послуг для ефективного охоплення деяких верств населення.

Дослідження ЄЦМНН продемонструвало, що на відміну від послуг з лікування наркотичної залежності, послуги, спрямовані на зменшення шкоди, не відчували зменшення попиту на свої послуги. Було зареєстровано більше запитів на соціальну підтримку та основні послуги (проживання, харчування, гігієна). Деякі країни знизили поріг доступу до замісної опіоїдної терапії, наприклад метадону, щоб задовольнити більший попит, який, як вважалося, був спричинений дефіцитом героїну на незаконному ринку [116].

Подальшими проблемами у наданні послуг стали відсутність засобів індивідуального захисту для персоналу, проблеми з наданням послуг з лікування залежності від наркотиків чи алкоголю для клієнтів з COVID-19 та нестача персоналу [116].

Деякі із запропонованих практичних заходів для забезпечення того, щоб потреби людей, залежних від алкоголю чи наркотиків, все ще задовольнялися під час пандемії, включали:

- Створення планів безперервності лікування, які включають, за необхідності, онлайн або телефонні консультації, швидкий початок лікування, поповнення рецептів за телефоном, збільшення кількості доз видачі медикаментів додому для клієнтів, які проходять фармакологічне лікування, доставку рецептів в аптеки біля місць проживання клієнтів, збільшення охоплення та різноманітні варіанти надання послуг з лікування чи підтримки [114].
- Забезпечення наявності планів соціальної підтримки для лікувальних клієнтів, оскільки соціальна ізоляція може бути фактором ризику рецидивів або збільшення споживання наркотиків чи алкоголю. Хоча очні зустрічі можуть бути неможливими, віртуальні зустрічі, включаючи віртуальні групи підтримки з боку однолітків, можуть використовуватися ширше [117, 118].
- Розширення телемедицини як альтернативи особистим послугам. Це, зокрема, корисно для осіб з менш серйозною наркотичною або алкогольною залежністю [119].
- Забезпечення того, щоб медичні послуги залишались доступними для тих, хто цього потребує. Багато країн пріоритезували здійснення цього заходу шляхом

впровадження інноваційних рішень, що включають тимчасове послаблення дії нормативних актів або законодавства щодо замісної терапії опіоїдами, спрямованого на зниження порогу доступу до неї, використання мобільних служб доставки рецептів та розширену доставку ліків і медикаментів до аптек та додому за допомогою виїзних груп. Крім того, постачальники послуг надавали більшу кількість голків і шприців своїм клієнтам, а в деяких місцях були введені системи самообслуговування та поштової доставки засобів для вживання наркотиків [116].

- Забезпечення запобігання вживання та безперервності надання медичних послуг у в'язницях, де рівень вживання наркотиків є високою [120,121].
- Забезпечення житла та надання першої медичної допомоги людям, які вживають наркотики і які не мають постійного місця проживання [100, 101, 116].
- Забезпечення безперервності тестування та лікування на ВІЛ та гепатиту С, що особливо важливо тоді, коли надання медичних послуг може бути скорочено.
- Підготовка наркологічних послуг для нових клієнтів та / або нових моделей вживання наркотиків, які можуть виникнути під час обмежувальних заходів.

Особи з обмеженою дієздатністю

(і) Особи з інтелектуальними обмеженнями дієздатності та порушеннями розвитку

З медичної точки зору було встановлено, що пацієнти з COVID-19 з інтелектуальними обмеженнями дієздатності та порушеннями розвитку (ІОДПР) мають істотно підвищений ризик смертності. В одному дослідженні рівень смертності серед пацієнтів з ІОДПР, віком від 0 до 17 років, становив 1,6% порівняно з <0,1% серед пацієнтів без ІОДПР; а серед пацієнтів з ІОДПР, віком від 18 до 74 років, становив 4,5% порівняно з 2,7% серед пацієнтів без ІОДПР [122]. Крім того, люди з ІОДПР можуть піддаватися підвищеному ризику зараження, оскільки вони часто покладаються на практичну допомогу інших людей, і тому дотримуватися фізичного дистанціювання їм складно. До того ж, оскільки працівники професійної допомоги можуть відчувати себе зобов'язаними приходити на роботу незалежно від їхнього власного стану здоров'я (через умови контракту чи власне фінансове становище), існує ризик того, що вони прийдуть на роботу хворими й інфікують тих, про кого вони піклуються [123]. Ще одна проблема, пов'язана з людьми з ІОДПР різного віку, які живуть у будинках догляду, полягає в тому, що вони не завжди можуть бути належним чином обладнані для забезпечення фізичного дистанціювання [124].

У соціальному плані існує широкий спектр складних проблем для людей з ІОДПР, що виникають внаслідок пандемії, багато з яких прямо чи опосередковано є наслідком їхньої залежності від підтримки з боку служб та кваліфікованих доглядачів або відсутності доступу. Станом на зараз може бути дефіцит цих служб чи доглядачів, або їх кваліфікація може бути не належною [125]. Проблеми включають:

- Ризик посиленого збудження та переживань для особистості;
- Втрата місця проживання через поведінкові проблеми, що виникають внаслідок тривалої пандемічної ситуації;
- Студенти з ІОДПР, які намагаються вчитися у дистанційному режимі, в тому числі через обмеження доступності, або їм взагалі відмовляють у навчанні [126];
- Обмежений доступ до чіткої та зрозумілої інформації про COVID-19 у доступних форматах, включаючи інформацію про необхідні заходи фізичного дистанціювання;
- Дискримінація в доступі до медичного обслуговування людей з ІОДПР, що існувала ще до початку пандемії COVID-19 [127,128];
- Люди з ІОДПР, які проживають в інституційних установах, піддаються ризику після того, як нелікованих інфікованих осіб привозять і поселяють серед інших мешканців установи [129];
- Соціальна ізоляція через позбавлення можливості підтримувати соціальні та / або сімейні зв'язки, навіть за допомогою онлайн-інструментів; або перебування в ізоляції навіть після того, як офіційна урядова політика визнала, що це більше не потрібно [130];
- Посилення тиску на доглядачів-членів сімей через закриття денних центрів підтримки, тож вони ризикують у майбутньому втратити роботу через те, що їм необхідно залишатися вдома та надавати допомогу [131, 132].

Для успішного вирішення цих проблем усі зацікавлені сторони повинні мати готовність співпрацювати в підтримці служб та сімей, щоб зменшити як ризик зараження, так і вплив, який ситуація наклала на людей з інтелектуальними обмеженнями дієздатності та порушеннями розвитку [131]. Людям з ІОДПР та їхнім опікунам також потрібно належним чином інформувати про те, що робити, щоб захистити себе та інших, за допомогою доступної, зрозумілої інформації, що подається із використанням низки засобів масової інформації (тобто не лише письмового слова), зокрема Інтернету. Крім того, їх потрібно підтримувати, щоб подолати почуття ізоляції, поки застосовуються заходи фізичного дистанціювання. Засоби індивідуального захисту необхідні як тим, хто опікується вдома, так і тим, хто проживає в закладах догляду. На більш структурному рівні права недієздатність та пов'язане з нею фінансування повинні бути захищені, тоді як обговорення надзвичайних заходів, що вживаються для підтримки людей та підприємств, повинні

включати людей з ІОДПР та їхні сім'ї, організації недієздатних осіб та постачальників послуг нарівні з іншими зацікавленими сторонами [133].

(ii) Особи з психічними розладами та психосоціальними розладами

Пандемія COVID-19 спричиняє значний негативний вплив на життя осіб, в яких і до того були проблеми з психічним здоров'ям, у т.ч. тих, у кого діагностовано психічні або психосоціальні розлади. Існують дані, що такі особи мають вищі показники хронічних захворювань, тому вони більш вразливі до розвитку тяжких форм захворювань, спричинених COVID-19 [134]. Люди з серйозними психічними або психосоціальними розладами також можуть страждати від бідності та шукати можливість отримати стабільне житло [135], і тому в них можуть бути обмежені можливості для фізичного дистанціювання та отримання доступу до засобів гігієни. Крім того, повідомлення свідчать про те, що наявні психічні розлади можуть погіршитися під час пандемії COVID-19 [136], і що існує підвищений ризик рецидивів, а також загострення почуття страху, тривоги та депресії через соціальну ізоляцію та перебої в роботі служб [137]. Особлива вразливість до інфекції була відзначена у тих, хто проживає в стаціонарних закладах психічного здоров'я, де важко дотримуватися фізичного дистанціювання і де може бути недостатньо засобів індивідуального захисту як для пацієнтів, так і для персоналу [138].

На додаток до тих, у кого вже існували проблеми з психічним здоров'ям, зараз зростає потреба у послугах з охорони психічного здоров'я для загального населення, зокрема для медичних працівників, рятувальників, осіб, інфікованих COVID-19, дітей та літніх людей, які вразливі до загострення проблем з психічним здоров'ям в результаті складних викликів, що виникли у багатьох людей під час пандемії [135].

Збої в роботі служб мають великий вплив на необхідні заходи з підтримки психічного здоров'я, наприклад, амбулаторні візити, консультування, групова терапія, оцінки та доступ до рецептів та ліків. Деякі із запропонованих практичних заходів для забезпечення того, щоб потреби психічного здоров'я все ще задовольнялися під час пандемії COVID-19, включають:

- Збільшення використання онлайн-послуг з охорони психічного здоров'я, наприклад, онлайн-консультування, відеоконференції [139] та розширення доступності телепсихіатрії [140].
- Обмеження амбулаторних візитів до тих осіб, стан яких пацієнт або лікар визнав невідкладними, а також часті, короткі телефонні обміни даними [141].

- Заохочення співробітників служби підтримки проактивно виявляти осіб із серйозними психічними розладами, які можуть бути в зоні підвищеного ризику, та телефонувати їм, щоб переконатися, що вони повністю розуміють державні заходи щодо перебування вдома та інших обмежень на пересування і що вони належним чином проінструктовані щодо того, як захистити себе, дотримуючись основних норм гігієни [141].

Стаціонарні психічні установи повинні розвивати здатність швидко ізолювати людей із підозрою та підтвердженням COVID-19 [142].

(iii) Особи з фізичними чи сенсорними обмеженнями дієздатності

Пандемія COVID-19 суттєво вплинула на здоров'я та добробут людей, які живуть з фізичними та сенсорними обмеженнями дієздатності, а також на їх соціальний та економічний добробут. Хоча сама недієздатність не може підвищити ризик інфікування COVID-19 або розвитку тяжкої форми захворювання, дорослі з обмеженими можливостями втричі частіше, ніж дорослі без обмежених можливостей, мають серцеві захворювання, інсульт, діабет або рак [143]. Ці основні захворювання можуть суттєво збільшити ризик розвитку тяжкої форми захворювання. Подібним чином люди з обмеженими можливостями часто не мають змоги уникати тісного контакту з іншими людьми, які можуть бути інфікованими, наприклад, служби підтримки та члени родини, тому в них вищі шанси інфікуватися [143].

Пандемія COVID-19 спричинила для осіб з фізичними обмеженнями дієздатності низку проблем, які в сукупності можуть посилити наявну соціальну нерівність. З огляду на це Спеціальний доповідач ООН з прав осіб з недієздатністю стверджував, що докладено недостатньо зусиль для надання цим людям керівництва та підтримки, необхідних для їх захисту під час пандемії [144]. Проблеми, з якими вони мають справу, включають, зокрема такі:

- Самотність та ізоляція можуть мати серйозний вплив на психічне здоров'я людей з фізичними обмеженнями дієздатності. Одне дослідження показало, що 45% дорослих з обмеженими можливостями повідомили, що їх дуже турбує вплив пандемії на їхнє життя, порівняно з 30% дорослих без обмежених можливостей [12].
- Люди з обмеженою дієздатністю можуть зіткнутися з труднощами у доступі до інформації через відсутність перекладачів на мову жестів на прес-конференціях, відсутність субтитрів або неадекватне надання інформації у доступних, зрозумілих форматах [145].

- Люди з фізичними обмеженнями дієздатності можуть зіткнутися з перебоями в роботі основних служб, на які вони покладаються, під час пандемії [146].
- У деяких країнах були розроблені клінічні настанови, спрямовані на забезпечення безпеки пацієнтів та персоналу, але це призвело того, що знизився пріоритет обслуговування людей з обмеженими фізичними можливостями, які покладаються на персонального асистента, хоча їхні порушення не мають прямого впливу на те, наскільки добре вони можуть перенести COVID-19 [147].

Деякі із запропонованих способів вирішення цих проблем включають:

- Збір даних про показники зараження, госпіталізації, клінічні результати та смертність, розподілених за статусом недієздатності, для покращення розуміння впливу COVID-19 на людей з фізичною недієздатністю та забезпечення емпіричної основи для адвокації [148].
- Усі повідомлення про ризики, пов'язані з COVID-19, слід розповсюджувати простою мовою та в доступних форматах за допомогою засобів масової інформації та цифрових медіа-каналів [149].
- Захисні заходи мають бути пріоритетними для громад і домогосподарств, де є особи, які живуть з фізичною недієздатністю, щоб працівники, які здійснюють догляд, та члени родини могли продовжувати безпечно їх підтримувати [149].
- Використання правових викликів для протидії дискримінації людей з обмеженими можливостями дієздатності виявилось доказово ефективним як засіб полегшення доступу до медичної допомоги під час пандемії COVID-19 [147].

Особи, що працюють у сфері надання сексуальних послуг

Повідомляється, що працівники сфери надання сексуальних послуг були серед груп, які найбільше постраждали від пандемії COVID-19 в Європі [150]. Заходи громадського здоров'я, які були введені для населення, наприклад, вимога залишатися вдома, залишили багатьох працівників сфери надання сексуальних послуг без роботи, одночасно значно збільшивши ризик витіснення їх на вулиці та злиднів. Крім того, виявлено, що поширеність основних захворювань серед багатьох працівників сфери надання сексуальних послуг [151] – підвищена, і це потенційно може збільшити ризик переростання COVID-19 у важкі захворювання [152]. Будь-які наявні раніше проблеми психічного здоров'я, які вони можуть мати, можуть також значно посилитися через тривогу щодо доходів, їжі та житла, разом із занепокоєнням щодо інфекцій, у випадку, коли їм доводиться продовжувати працювати в небезпечних умовах [153].

Криміналізація – більшою чи меншою мірою – сфери надання сексуальних послуг у більшості країн ЄС / ЄЕЗ та Сполученого Королівства створила перешкоди для працівників сфери надання сексуальних послуг до гарантій, що надаються багатьом іншим працівникам під час пандемії, наприклад, оплачувані лікарняні та соціальні виплати [154]. Проблеми, з якими мають справу нелегальні мігранти, що працюють у цій галузі, а також транссексуали та темношкірі жінки є особливо гострими [150].

Висловлюються також перестороги щодо того, що після впровадження розпоряджень про перебування вдома все більше жінок, мігрантів та ЛГБТІ-осіб долучатимуться до сфери надання сексуальних послуг через втрату роботи, накопичення боргів і нестабільні життєві ситуації [150]. Також потрібно буде задовольняти нагальні потреби цих осіб.

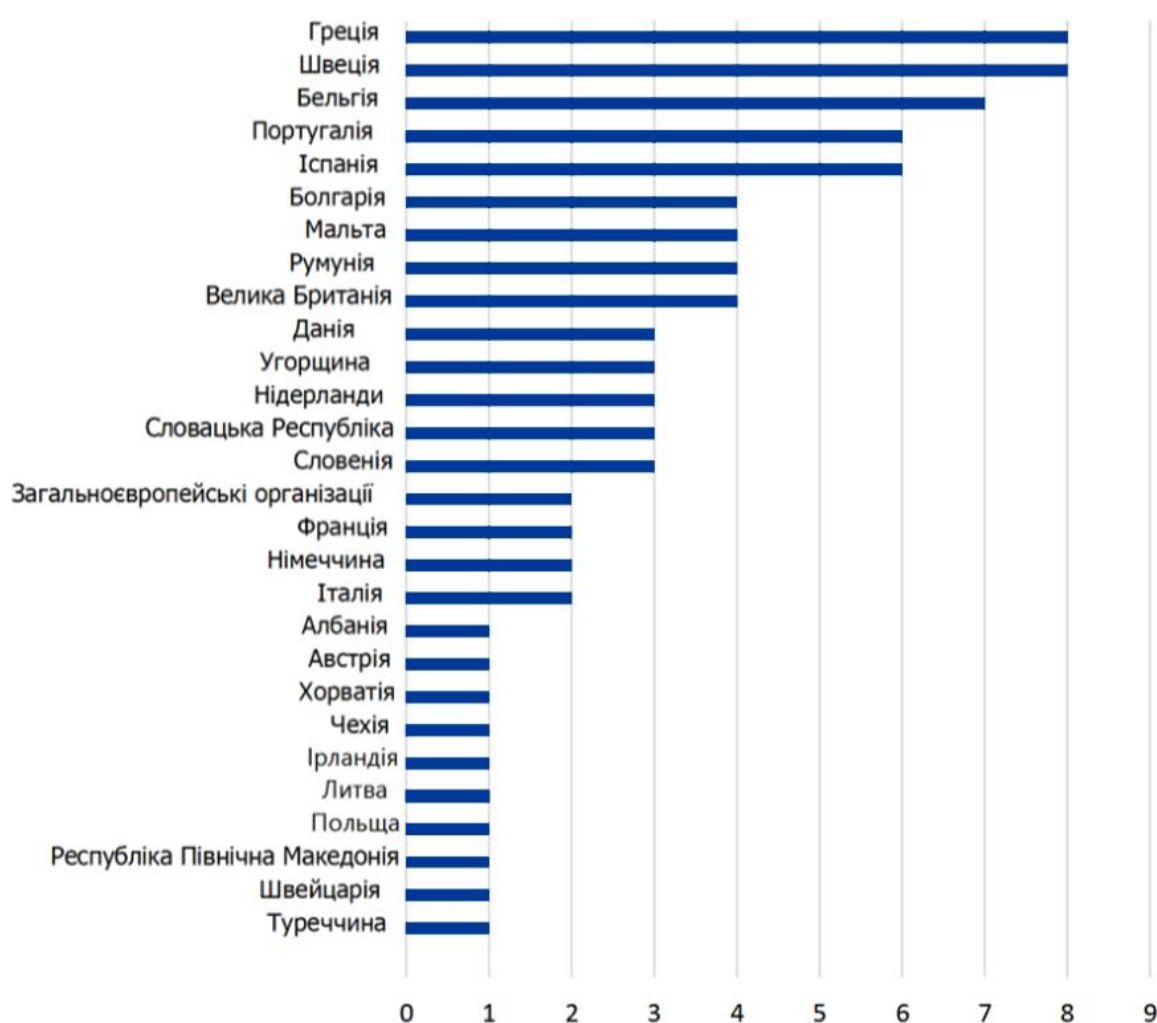
Одним із ключових способів сприяння ефективній підтримці працівників сфери надання сексуальних послуг, як зараз, так і в рамках майбутнього розгортання пандемії COVID-19, є забезпечення того, щоб проєктування та впровадження всіх послуг здійснювалось у співпраці з організаціями, якими керують особи, що стикалися з роботою у сфері надання сексуальних послуг [154], та з дотриманням принципів залучення громади [155]. На основі цього було визначено низку можливих соціальних і структурних заходів, які включають фінансову підтримку та соціальний захист усіх працівників сфери надання сексуальних послуг; припинення арештів, рейдів і переслідування за роботу в сфері надання сексуальних послуг; та надання тимчасового житла тим, хто залишився без житла. З погляду служби охорони здоров'я запропоновані заходи включають цілеспрямовані поради щодо запобігання COVID-19 (за необхідності, перекладені мовами меншин); розповсюдження дезінфікуючих засобів для рук і засобів індивідуального захисту; тестування на COVID-19 та відслідковування контактних випадків серед працівників сфери надання сексуальних послуг; та забезпечення доступу до послуг, що стосуються психічного здоров'я, зловживання наркотичними речовинами, фізичного та сексуального насильства, а також репродуктивної медицини [154].

Результати дослідження

Описовий підсумок відповідей на опитування

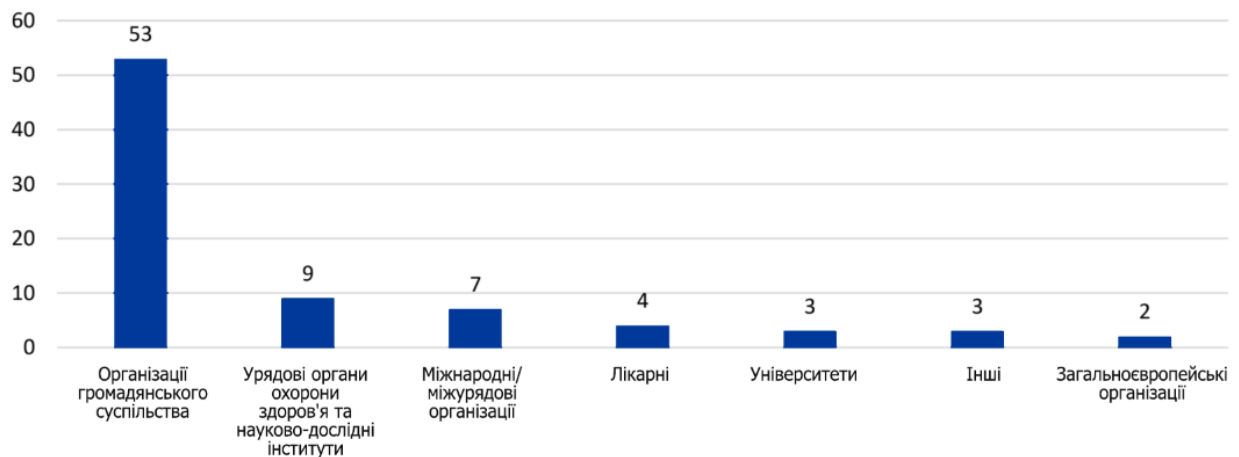
Загалом було отримано 81 відповідь на це опитування. В ньому представлено 27 країн, свій внесок зробили також дві організації, що працюють у більшості країн ЄС / ЄЕЗ та Великобританії. Найбільша кількість відповідей надійшла з Греції та Швеції (по вісім), тоді як одна організація представила відповіді для кожної з десяти країн (рис. 1).

Рисунок 1. Кількість відповідей на опитування за країнами (n = 81)



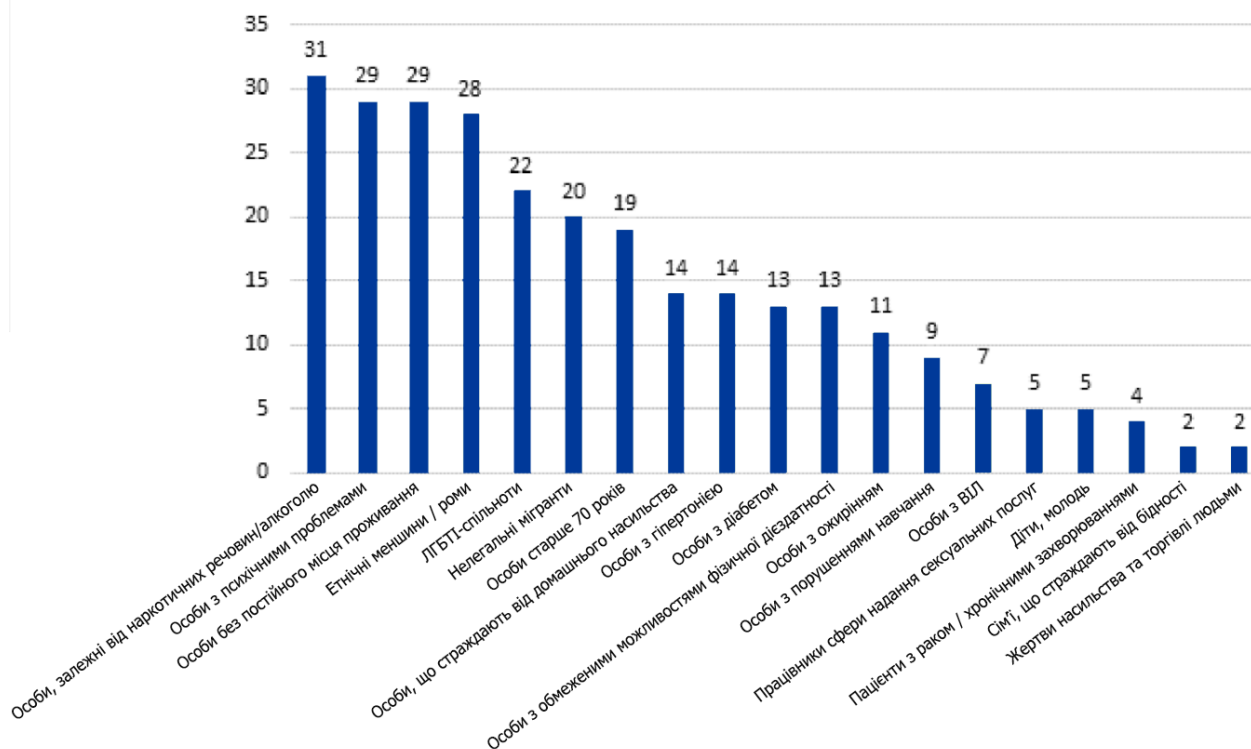
В опитуванні взяли участь різні організації та суб'єкти. Переважна більшість (53 / 81) – це організації громадянського суспільства, а також урядові органи охорони здоров'я та науково-дослідні інститути, міжнародні або міжурядові організації, лікарні й університети, а також загальноєвропейські організації (рис. 2).

Рисунок 2. Кількість відповідей від різних категорій організацій (n=81)



На рисунку 3 представлені подробиці щодо різних груп населення, яким надають підтримку ті організації, які взяли участь в опитуванні. Кількість організацій, що підтримують різні групи, коливалась від двох (для жертв торгівлі людьми та насильства, пов'язаного з торгівлею людьми) до 31 (для людей, які страждають на наркотичну залежність). Сорок три відсотки (35 / 81) організацій-респондентів зосереджуються на задоволенні потреб однієї конкретної групи, а решта 57% підтримують дві або більше групи. Зверніть увагу, що, як зазначено вище, більшість організацій, які надають підтримку, надають послуги більш ніж одній категорії вразливих груп населення (як визначено в опитуванні), що, у багатьох випадках, пов'язано з тим, що одна особа може потрапити у дві або більше із цих різних категорій вразливості.

Рисунок 3. Кількість організацій, що обслуговують різні категорії вразливих людей (n=81)



Послуги, які надають організації, що взяли участь в опитуванні

Усі 81 організація, які відповіли на опитування, надали інформацію про послуги, які надає їхня організація. Респондентів просили навести принаймні один приклад послуг, які надають їхні організації, але багато хто повідомляв про надання декількох видів послуг. Оскільки опитування керувалося якісним підходом і не ставило за мету підрахувати всі послуги, що надаються усіма постачальниками, цифри, наведені в тексті нижче, не є вичерпними. Отже, кількість організацій, представлених у кожній категорії, слід розглядати як орієнтовну, але не остаточну.

Послуги, що змінилися у зв'язку з COVID-19: Майже всі організації згадували або про нові послуги, які їм довелося надати, або про внесення змін до тих послуг, які вони надавали і до пандемії, у відповідь на COVID-19. Деякі з цих змін вносилися в режимі надання послуг, наприклад, збільшення охоплення в деяких випадках, або перехід до онлайн-послуг, консультування та підтримки по телефону, електронною поштою та чаті в інших випадках. Одна організація зазначила, що: «Усі наші послуги зараз надаються в режимі онлайн, причому безпосередній контакт здійснюється лише за крайньої необхідності. Консультації у кризових ситуаціях та підтримка [надаються] по телефону, житло та житлова підтримка надається за допомогою відеорозмов по телефону. [Ми доставляємо] їжу, засоби гігієни, набори для арт-терапії, книги та ігри. [Ми надаємо] телефони / SIM-карти з необмеженою кількістю даних для всіх

молодих людей, які користуються послугами. Підтримка здоров'я і благополуччя та групова робота [здійснюються] за допомогою відеодзвінків». Кілька організацій зазначили, що оперативні протоколи та фізичну структуру організації потрібно змінити через введені заходи фізичного дистанціювання.

Інформаційні та освітні ресурси: Близько однієї чверті організацій зазначили, що надають інформаційні та освітні ресурси або постраждалому населенню, або державним медичним установам чи урядовим організаціям для інформування про планування, або обом. Безпосереднє надання інформації про COVID-19 постраждалим групам населення орієнтоване на ігноровані ромські громади, осіб, які вживають наркотики, осіб з інтелектуальними обмеженнями дієздатності та їхні сім'ї, батьків немовлят і маленьких дітей. Значна частина цієї інформації була надана через соціальні мережі, вебсемінари чи інші форуми в Інтернеті. Надання інформації органам охорони здоров'я чи іншим урядовим організаціям включало проведення оцінки ризику або досліджень серед постраждалих груп населення.

Консультування та підтримка психічного здоров'я: Більше половини організацій надають певний тип консультацій щодо психічного здоров'я чи психосоціальної підтримки. Вони включають консультації з питань психічного здоров'я та підтримку з боку однолітків, або по телефону, або вдома. Також була згадана підтримка тих, хто відчував соціальну ізоляцію, включаючи організацію віртуальних церковних служб, дискусійних форумів і відео з відвідуванням віртуальних музеїв. Одна організація описала програму підтримки психічного здоров'я: «[ми] регулярно контактуємо з клієнтами по телефону – принаймні два телефонні дзвінки на тиждень. Ми організували [проєкт] під назвою «пиши під час пандемії», який стимулює наших користувачів [бути] активними та висловлювати свої почуття, перебуваючи в ізоляції».

Лікування від наркотичної / алкогольної залежності: одинадцять організацій надавали послуги для підтримки людей, які страждають на наркотичну або алкогольну залежність, включаючи послуги зі зменшення шкоди (заміна голок або замісне лікування опіатами), центри відвідування, кімнати споживання наркотиків і терапію в громадах чи вдома. Більшість із них згадували про необхідність змінити протоколи для того, щоб забезпечити надання основних послуг з підтримки цим, часом важкодоступним, групам населення, забезпечуючи при цьому дотримання вимог щодо фізичного дистанціювання.

Догляд за пацієнтами, тестування та відслідковування контактів: Дев'ять організацій надавали допомогу пацієнтам, включаючи лікарняну, амбулаторну та домашню допомогу або підтримку людей після виписки з лікарні. Деяка допомога на дому включала допомогу людям у встановленні або підтримці контактів із працівниками охорони здоров'я, надання послуг тестування чи лікування в домашніх умовах або

надання основних ліків, коли люди не мали доступу до них. Одна організація розповіла про інструмент для спостереження за людьми в їхніх будинках за допомогою самореєстрації та автоматичних датчиків руху.

Три організації спеціально описали діяльність у громаді щодо тестування та скринінгу на COVID-19 або на інші захворювання, як-от ВІЛ. Це тестування включало активне подальше спостереження та лікування позитивних випадків. Ще дві організації зазначили, що вони проводили інформаційно-роз'яснювальну діяльність з метою обстеження людей із симптомами або сприяли відслідковуванню контактів позитивних випадків.

Засоби індивідуального захисту: П'ять організацій згадали про діяльність, спрямовану на надання засобів індивідуального захисту (масок, рукавичок, дезінфікуючих засобів) працівникам громади або дуже вразливим членам громади. «Наша організація реагувала на пандемію COVID-19 та ситуацію, спричинену пандемією, наданням гуманітарної допомоги громадам, які потребують допомоги. Наша перша реакція полягала у забезпеченні необхідних захисних матеріалів для наших посередників (захисні рукавички, окуляри, маски, дезінфекція та ін.) Розподіливши ці профілактичні матеріали, ми змогли дозволити нашим посередникам здійснювати свою діяльність, адаптовану до поточної ситуації». Одна організація також згадала про навчання з питань запобігання та боротьби з інфекціями.

Підтримка в умовах карантину/житлове обслуговування: Багато організацій згадують про послуги із забезпечення житлової підтримки для вразливих груп, включаючи послуги, спеціально організовані для безпритульних осіб, жінок і дітей, які зазнають домашнього насильства, та людей, які вживають наркотики. Як описала одна організація, «[Ми управляємо] гуртожитком, де розміщується близько 70 людей, які активно вживають наркотики. Третій поверх гуртожитку виділено для того, щоб ізолювати осіб, в яких є підозра на інфікування COVID-19, та контактних осіб». Послуги в гуртожитку довелося адаптувати, щоб мінімізувати поширення COVID-19.

Матеріальна підтримка: 27 організацій зазначили, матеріальна підтримка – це ключова потребу та значна частина їх послуг. Чотири організації, що обслуговують працівників сфери з надання сексуальних послуг, та одна організація, що працює з ромськими сім'ями, надавали матеріальну підтримку у вигляді виплат через втрату заробітної плати та / або запобігання безпритульності. Матеріальна підтримка також надавалась у вигляді продуктів харчування для сімей чи інших осіб, які живуть в умовах крайньої бідності: «[Ми зосередилися на] заходах з надання та розподілу матеріальної допомоги сім'ям, які постраждали під час пандемії, або від втрати роботи (і, отже, їх єдиного джерела доходу) або тому, що запобіжні заходи у

поєднанні з дискримінацією з боку постачальників послуг заважали їм отримувати продукти та інші необхідні речі. Матеріальна підтримка також здійснювалася у формі надання догляду за дітьми чи заходів для дітей в умовах вимоги перебування вдома. Крім того, чотири організації надавали підтримку людям похилого віку чи іншим вразливим з медичної точки зору категоріям, забезпечуючи покупки, постачання ліків та теплу їжу, часто в поєднанні із психосоціальною підтримкою.

Адвокація: Сім організацій описали діяльність, пов'язану з адвокацією, що передбачала захист прав і залучення ігнорованих груп до реагування та відновлення від COVID-19. Одна організація пояснила, що: «Ми посилили наші заходи з адвокації під час цієї пандемії на європейському та національному рівнях. Ми продовжуємо свою роботу з боротьби з дискримінацією, підвищення обізнаності та здійснення впливу в політичній та соціальній сферах. Ми постійно контактуємо з органами державної влади та іншими агентами, які беруть участь у вирішенні цієї кризи у соціальній сфері та сфері громадського здоров'я, вносимо пропозиції до уряду та наполегливо нагадуємо національним, регіональним і місцевим органам влади про необхідність термінового застосування узгоджених соціальних заходів».

Дослідження / оцінка потреб: Дві організації описали проведення досліджень з метою інформування служб громадського здоров'я про вплив пандемії COVID-19 та про вжиті заходи щодо груп, з якими вони працюють. Це включало великі опитування населення та телефонні опитування, наприклад, ромської громади.

Проблеми, з якими стикаються організації-респонденти

З 81 організації, які відповіли на опитування, 78 (96%) перелічили проблеми, з якими вони мають справу при наданні послуг у результаті пандемії COVID-19. Більшість організацій описали численні проблеми, багато з яких були новими викликами, з якими організація раніше не стикалася. Проблеми, про які повідомляється, перелічені у тематичних групах нижче.

Як описано в розділі вище, зважаючи на те, що опитування керувалося якісним підходом і не ставило за мету підрахувати всі проблеми, з якими стикаються всі надавачі послуг, цифри, наведені в тексті нижче, не є вичерпними. Отже, цифри, представлені для кожної категорії, слід розглядати як орієнтовні, але не точні.

Підвищений попит: Шість організацій описали, що вони зіткнулися зі збільшеним обсягом роботи та попитом у результаті пандемії COVID-19 та її впливу на населення, яке вони обслуговують. Як пояснила одна організація, «головною проблемою було збільшення кількості запитів на послуги психологічної підтримки та консультування, що збільшило попит на фінансові ресурси, які ми використовуємо для покриття

послуг, і тому [ми] досягли річного обмеження, яке ми маємо для цього типу послуг».

Перебої у наданні послуг: Три організації окремо вказали, що перебої у наданні послуг – це проблема, яка трапляється і в лікувальних установах, що працюють у місцях позбавлення волі, дистанційного лікування наркоманії, тестування на ВІЛ та прив'язку до лікування, а також спеціалізованої охорони здоров'я для транс- та інтерсексуальних людей: «Зазвичай органи охорони здоров'я не вважають ці послуги «життєво важливими» під час пандемії, а це означає, що ці групи населення робили значні перерви у наданні допомоги під час цієї кризи».

Потреба у нових підходах і модифікації послуг, що надаються: двадцять дев'ять організацій зазначили, що їм потрібно розробити нові підходи до надання послуг, щоб виконувати розпорядження про дотримання фізичної дистанції. Ці питання були особливо нагальними з огляду на необхідність забезпечення безперервності послуг. Одна організація пояснила, що: «У результаті пандемії нам довелося перетворити підтримку та всі особисті заходи на «дистанційну підтримку». Використання телефону та використання нових технологій було / є щоденним викликом для наших команд, але нам вдається підтримувати контакт і продовжувати надавати підтримку всім нашим користувачам». Крім того, організації вказали, що намагаються впоратися з раптовою потребою диверсифікувати послуги для реагування на нові виклики, спричинені COVID-19. Деякі організації також описали проблему необхідності реорганізувати фізичний простір (наприклад, притулки для безпритульних, наркологічні установи), щоб можна було надавати послуги, забезпечуючи при цьому дотримання фізичного дистанціювання.

Страх у цільовій групі: Кілька організацій назвали страх проблемою надання ефективних послуг ігнорованому населенню. Одна організація описала, що: «Люди боялися зв'язатися з нами. Вони вважали за краще залишатися вдома без ліків. Нам не вдалося подолати ці бар'єри, тому ми допомагали лише людям з найбільшими потребами».

Фінансові обмеження: Фінансові обмеження стали основним викликом для багатьох організацій. Вони були пов'язані зі зростаючим попитом на послуги населення з підвищеними потребами. Десять організацій також описали зменшення своїх можливостей отримувати фінансування зі своїх звичайних джерел фінансування.

Відсутність координації або незрозумілі повідомлення уряду: Чотири організації зазначили, що основною проблемою була і залишається координація. Вони навели приклади, що описують нестачу розуміння або погану координацію з боку службовців охорони здоров'я, які, крім того, що не координували діяльність на оперативному рівні, іноді надавали заплутані повідомлення. Один з респондентів

пояснив це, сказавши, що це був складний виклик – «намагатися працювати, коли ви отримуєте неоднозначні і різні рекомендації від держави».

Відсутність точної інформації про COVID: Вісім організацій описали труднощі, пов'язані з неадекватною, недостатньою та несвоєчасною інформацією. «Головною проблемою була відсутність інформації про процес боротьби з пандемією та одночасне збереження всієї системи в безпеці». Деякі організації також згадали про пов'язану з цим проблему розробки та надання нових повідомлень та інформації про COVID-19 користувачам своїх послуг.

Виключення з процесу формування політики: Дві організації вказали виключення з процесу формування політики як виклик. Це пов'язано з відсутністю консультацій щодо плану реагування або відновлення.

Важче задовольнити особливі потреби окремих груп: Дванадцять організацій згадали про проблеми з конкретними групами, які вважалися важчими для досягнення і підтримки протягом періоду обмеженого пересування та фізичного дистанціювання. Наприклад, «Переселення людей у житло зі збереженням безпеки теж виявилось складним, але при правильному застосуванні ЗІЗ – воно можливе. Надання можливості молодим людям залишатися вдома вимагає творчого підходу щодо того, чим їх зайняти та як надати ресурси під час перебування вдома. Підтримка молодих людей, які мають проблеми з психічним здоров'ям була складною, адже ця ситуація погіршує їхнє здоров'я». Багато груп, які перейшли на онлайн-послуги, щоб виконати рекомендації щодо фізичного дистанціювання, сказали, що їхні найбільш ігноровані користувачі не мають стільникових телефонів або комп'ютерів для того, щоб зв'язатися зі службами. Цим групам і надалі надавалися послуги в особистому режимі, вживаючи профілактичних заходів, дотримання яких вважається необхідним.

Нестача засобів індивідуального захисту: Нестача засобів індивідуального захисту як для персоналу, так і для клієнтів було визнано викликом шести організацій. Одна організація написала: «Нестача засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) для персоналу та клієнтів, а також нестача основних продуктів харчування та гігієни через паніку в перші 2-3 тижні, хоча покупка продуктів харчування нормалізувалася, тривала протягом приблизно 6 тижнів або більше. Покупки через Інтернет допомогли, але запаси були обмежені, а доставка займала багато часу».

Успіх та вивчені уроки в наданні послуг

Сімдесят вісім респондентів відповіли на питання щодо основних успіхів у наданні послуг під час пандемії COVID-19. З цих 78 респондентів тільки дві організації

вказали, що в них не було жодних успіхів у їхній роботі або ці успіхи були дуже обмеженими, таким чином зрозуміло, що переважна більшість респондентів відчували, що їхня робота мала позитивний вплив.

Сімдесят два респонденти відповіли на питання щодо вивчених уроків у наданні послуг під час пандемії COVID-19.

В тому, як респонденти відповіли на ці два запитання, простежується багато подібного. Спершу дані відповідей на ці два питання аналізувалися окремо, але зважаючи на значну подібність, пізніше відповіді було синтезовано і представлено у комбінованій формі, наведеній нижче.

Зверніть увагу, що запитання зосереджувалися радше на роздумах щодо успіху та вивчених уроків цих організацій, аніж на результатах формальних рівнянь, і тому більшість відповідей стосуються процесу, а не впливу. Крім того, деякі організації повідомили про успіх і вивчені уроки в декількох різних категоріях (як вказано нижче) і, ймовірно, що в інших організацій був подібний досвід, але вони не повідомили про нього у відповідях на питання опитувальника. Зважаючи на вищенаписане, число організацій, представлених у кожній категорії потрібно розглядати як індикативне число, а не визначальне.

Безперервність, гнучкість та інновації: В шістнадцяти відповідях вказано, що безперервність надання послуг – це вже успіх, зважаючи на складні умови пандемії. Як пояснив один із респондентів: «Основний успіх полягає в тому, що надання більшості послуг (наприклад, забезпечення житлом, доступ до соціальних працівників і медичної допомоги) продовжувалося. Всі працівники продовжували віддано працювати. Варіант закритися і залишити клієнтів без місця для проживання ніколи навіть не розглядався».

Одну з можливих причин цього пояснили дев'ять організацій, які повідомили, що вони змогли швидко й ефективно адаптуватися до нових викликів, спричинених пандемією COVID-19. Це вдалося через те, що багато організацій – місцеві й відносно невеликі, але про таку адаптативність також повідомила принаймні одна урядова організація: «Працівники організації без будь-яких проблем надзвичайно швидко адаптувалися до продовження надання послуг під наглядом, навіть попри кардинальну зміну певних протоколів і методів роботи». Респондент з іншої урядової організації відзначив, що «COVID подарував нам нагоду переглянути деякі практики та покращити їх таким чином, щоб краще використовувати кадрові ресурси та надавати послуги якомога ефективніше». Проте парасолькова організація кількох НУО застерегла, що таку гнучкість не слід розглядати як заміну базових послуг, які фінансують за рахунок бюджету:

«Організації в громаді та громадянське суспільство радикально «перекроїли» свою організаційну структуру для здійснення роботи в цей період для того, щоб задовольняти базові потреби [нашої цільової громади]. Це рішення не розраховане на довгий термін... Успіх обумовлений гнучкою та рішучою відповіддю наших громад, спрямованою на забезпечення свого власного виживання, але це не можна розглядати як рішення саме по собі».

Кілька організацій-респондентів описали, як вони розробили нові шляхи підтримки користувачів своїх послуг у результаті окремих викликів, спричинених пандемією. Як написав один із респондентів: «Епідемія показала нам нові перспективи і заходи». Організація, що працює з людьми, які вживають наркотичні речовини, розповіла про надання мобільних послуг і замісну терапію опіоїдів «для домашнього використання» задля запобігання скупчення людей у своїх центрах і забезпечення безпечної роботи. Інші більш загально розповіли про свої «креативні рішення для надання допомоги» користувачам, а також про важливість «всіх організацій бути готовими адаптуватися, змінювати свою модель і змінювати мислення: гнучкість – це найважливіша «зброя» в кризових умовах». Цей процес не завжди зрозумілий і простий, проте: «Перші кілька тижнів були нелегкими, але ми відпрацьовували цей новий спосіб роботи».

Невідомо, скільки з цих інновацій продовжать своє існування після того, як пройде ця перша гостра фаза пандемії COVID-19, але їх виникнення, дійсно, вказує на адаптативність, властиву більшості надавачів послуг. Як пояснив один із них: «Я думаю, що ми зовсім не підготовлені до епідемічних катастроф, але ми успішно справляємося з кризами».

Збільшення роботи онлайн: Тринадцять респондентів повідомили, що використання соціальних медіа, мобільних телефонів і відеоконференцій допомогло їх роботі та спілкуванню з клієнтами. Наприклад: «Ми змогли дістати телефони та SIM-картки для молоді, особливо в перший тиждень локдауна, тож залучення зросло, адже цей період затягнувся, і молодь стала більш ізольованою. Багато молодих людей долучилися до віртуальних груп, але вони би не відвідували наших звичайних зустрічей, тож усі здобули нові можливості». Інший респондент сказав: «Привітатися та помахати одне одному під час [релігійної] служби допомагає зменшити відчуття ізольованості та тривоги, а також забезпечити важливу підтримку тим членам, що знаходяться в ізоляції. Форуми-обговорення забезпечили можливість «провітрити» фрустрацію і поділитися хорошими порадами».

Оскільки цифрові технології стали найважливішими засобами надання деяких основних послуг підтримки, вони також посприяли появі нових ініціатив. Один із надавачів послуг вніс онлайн-консультації в свої звичайні операційні процедури з надією охопити тих людей, які раніше вважали, що відвідування очних сесій занадто

складне або вимагає занадто багато. Інший пояснив, як цифрові технології дозволили їм підтримувати контакт з користувачами, і що це дало їм можливість залишатися активними, дотримуючись вимоги «залишатися вдома», наприклад, за допомогою віртуальних зустрічей, переписки, музичних чи культурних онлайн-подій, як-от перегляд театральних вистав. За їх словами, це – «дуже важливо для емоційної стабільності [користувачів]». Додаткове нововведення було описано парасольковою / мережевою організацією – було створено групу Google для постачальників послуг / організацій-членів, і в ній «наші члени могли негайно ділитися оновленнями та своїм досвідом з організаціями з інших країн. Хоча органи охорони здоров'я кожної країни надавали настанови надавачам послуг (часто на значно пізніших етапах), наші члени вважають, що цей швидкий обмін був надзвичайно корисним для того, аби побачити, що відбувається в інших місцях та які рішення пропонуються».

Однак було також зазначено, що спілкування в Інтернеті не може замінити деякі види діяльності, які за своєю суттю потрібно проводити особисто. Наприклад, попри те, що деякі консультаційні послуги можна надавати тим чоловікам, які мають статеві стосунки з чоловіками, то надавати онлайн-послуги для осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, чи для безпритульних осіб у належному обсязі – неможливо.

Подібним чином доступ до онлайн-матеріалів у таборах для мігрантів може бути ускладненим через те, що там часто погане з'єднання з Інтернетом; тоді як люди, які не мають належних навичок користування комп'ютерами чи відповідними інформаційними технологіями (ІТ), наприклад, деякі особи, старші 70 років, особи з порушеннями зору та слуху також можуть зіткнутися з труднощами під час пошуку доступних цифрових послуг. Отже, в деяких аспектах цифрові технології забезпечують значні переваги, але вони – не панацея для вирішення всіх питань комунікації, коли їх використовують для забезпечення підтримки вразливим верствам населення.

Співпраця та координація організацій і рівнів: Одинадцять респондентів повідомили, що хороший рівень співпраці та координації з іншими зацікавленими сторонами так чи інакше сприяли наданню їх послуг підтримки. Сюди входила робота зі складання звітів, робота з іншими постачальниками послуг на передовій, робота з організаціями, які мали доступ до лікарських засобів, і робота з офіційними організаціями. Що стосується останнього аспекту, один із респондентів повідомив, що «найбільше допомогло те, що місцева влада прагнула діяти швидко, не витрачаючи часу на бюрократичні процедури».

Співпраця та координація уможливили взаємний обмін інформацією та досвідом, а також матеріалами для підвищення рівня освіти клієнтів. В одному закладі було швидко налагоджено координацію між урядом та НУО та між самими НУО з метою

розподілу завдань та запобігання дублюванню діяльності. Проте у цьому випадку було зазначено, що розподіл завдань вимагав створення певної ієрархічної структури, внаслідок чого одному з партнерів (в даному випадку – державній установі) довелося виконувати роль координатора.

Як повідомляється, у секторах, де бюрократичні структури вже добре узгоджені – наприклад, між органами охорони здоров'я, житлового господарства та соціального обслуговування – стало простіше налагоджувати ефективну координацію, ніж у випадках, коли робота структур не узгоджена. Кілька респондентів звернули увагу на ризики недостатньої координації з боку урядів.

Один написав про «нереалістичну» вимогу уряду в їхній країні, згідно з якою персонал, що працює в центрах тимчасового розміщення (у їх випадку – для безпритульних), мав перебувати на карантині протягом 14-денних ротацій, і це законодавство в цій країні, очевидно, було запроваджено спеціально для захисту людей похилого віку, які проживають у будинках догляду. Цієї ситуації можна було б уникнути за допомогою краще скоординованого процесу консультацій. Інший написав про те, що уряд їхньої країни прийняв рішення координувати стратегічне планування лише з однією широко відомою зацікавленою стороною, проігнорувавши інших, обмежуючи таким чином діапазон внесків у процес прийняття рішень на національному рівні.

Докази та захист прав: Десять респондентів повідомили, що вони займалися певними заходами, спрямованими на адвокацію під час пандемії COVID-19. Вони варіювалися від адвокації за інклюзивні політики; створення проєкту матеріалів для публікацій, спрямованих на підвищення рівня поінформованості серед органів державної влади та / чи впливу на громадську думку; звернення до Європейського Парламенту з петицією; висвітлення правових проблем, пов'язаних, наприклад, з дискримінацією; акцентування уваги на потребах населення в питаннях працевлаштування, освіти та задоволення базових потреб; а також створення методологічних матеріалів для роботи з тими групами населення, які ігнорують, в кризових умовах; ці матеріали поширювали по муніципалітетах і владних структурах.

Декілька респондентів написали про те, що важливо збирати достовірні дані, особливо в аспекті забезпечення належної доказової бази для адвокації.

Один із респондентів наголосив на важливості збору даних про подібні показники та проблеми на рівні ЄС та / або на регіональному рівні з метою координації процесу адвокації: «Як країни та ЄС можуть оцінити вплив коронавірусу та забезпечити належну реакцію на цю кризу, вивчити уроки та бути готовим до майбутніх криз у сфері охорони здоров'я, якщо не буде гармонізації процесу збору даних?»

Повідомляється, що дані також збиралися в рамках оцінки потреб перед початком роботи з метою здійснення оцінки та моніторингу сприйняття та проблем громади для протидії дезінформації.

Відданість з боку працівників / волонтерів: Вісім респондентів назвали відданість персоналу та волонтерів одним із головних успіхів у роботі під час пандемії, які, очевидно, стали результатом згуртованості у скрутній ситуації. Один фз них сказав: «Та ситуація, в якій ми всі зараз живемо, створила відчуття єдності та сили, в якій фізична відстань – це не реальна відстань».

Інший пояснив, що «вся організація почала набагато тісніше співпрацювати з метою виявлення шляхів реагування на проблеми, а керівництво забезпечило значну підтримку, щоб гарантувати, що це реагування здійснюється якомога швидше». Було також зазначено, що «працівники щодня спілкувались, ділились своїм досвідом і своїми страхами», «ми переживали кризу як єдина спільнота», і як «команда була згуртованою, толерантною і терплячою». Інший респондент розповів, як «по всій країні була створена величезна мережа волонтерів, щоб допомогти кожному, хто цього потребує».

Мінімізація інфікування COVID-19: Сім організацій повідомили, що ніхто з клієнтів не були заражені або дуже маленька кількість клієнтів чи співробітників були заражені COVID-19 – це вважається важливим показником успіху. Один з них повідомив: «Нашим головним успіхом було те, що нам вдалося захистити всіх клієнтів від COVID. У нас був один випадок, коли в одного волонтера було виявлено COVID-19, але нам вдалося захистити всіх інших волонтерів та наших користувачів».

Пильність і зусилля, необхідні для досягнення цього успіху, дійсно вимагали вирішення певних викликів, принаймні, ще в одній установі, куди приймали жінок і дітей тільки після того, як протягом 14-ти днів у них не виявлялися жодні симптоми інфікування під час перебування на «станції очікування», де здійснювалося вимірювання температури та інше спостереження за станом здоров'я. Таким чином, цілком можливо, що там могли бути особи з COVID-19, але вони не потрапляли в установу, описану у відповіді на це опитування.

Рівність та права людини: Принципи справедливості та дотримання прав людини – це основа будь-яких заходів з надання послуг підтримки медично та соціально вразливим групам, але, як зазначають сім респондентів, очевидно, що цей аспект все ще вимагає здійснення значної роботи. Один з них сказав: «І знову ми усвідомили, що працівники сфери надання сексуальних послуг є незахищеними в [країні А], адже в політиках ототожнено дві різні реальності – надання сексуальних послуг за згодою та торгівлі людьми. Тому неможливо належним чином відвідувати жодну з цих груп». Схожим чином «надання сексуальних послуг – злочин в [країні

В], а працівники сфери надання сексуальних послуг не мають доступу до державної фінансової допомоги [в тому числі під час пандемії]».

Було вказано, що представники та спільноти ЛГБТІ – це «жертви дезінформації та висловлювань, що розпалюють ненависть», наприклад, представників ЛГБТІ звинувачують у спричиненні пандемії. Уряди повинні активно боротися з таким пошуком «козла відпущення», оскільки це неминуче призведе до загострення ненависті та насильства.

Інший респондент звернув увагу на важке становище етнічних меншин, які «часто працюють на роботах з високим рівнем ризику безпосереднього контакту зі споживачами, пасажирями, пацієнтами, без захисних засобів. Часто вони живуть у великих домогосподарствах у маленьких квартирах, де є високий ризик надмірного скупчення людей.

Троє респондентів написали про проблеми з правами людини, з якими стикається ромська громада. Один просто написав: «Ніхто не піклується про ромів»; а інший пояснив, що «муніципалітети та місцеві установи не готові вирішувати такі складні питання, як епідемія коронавірусу в ромських кварталах. Найпоширеніший захід – закриття району, залишивши в ньому людей на волю «природного відбору». Третій стверджував, що «захист громадського здоров'я не повинен бути приводом для грубих порушень прав, надмірного поліцейського контролю, расового профілювання тощо, адже все це заважає соціальній інтеграції та зміцнює стереотипи та посилює ромофобію».

Також було зазначено, що «ця пандемія може спричинити зміну парадигми для ромських спільнот, оскільки ми змушені розглядати здоров'я як колектив: ніхто не буде в безпеці, якщо всі у небезпеці». Іншими словами, поки захист прав людини та промоція справедливості мають центральне значення самі по собі, вони також спричиняють очевидний та безпосередній вплив на охорону громадського здоров'я у всій громаді.

Залучення громади: Сім організацій згадували про залучення громади для розширення можливостей та побудови довіри. Одна з них сформулювала цей підхід таким чином: «На додаток до успішної боротьби з нестачею їжі, головним успіхом цього втручання ми вважаємо формування почуття приналежності до громади. За допомогою коротких відеороликів, повідомлень і зображень ми почали заохочувати контакти та обмін між матерями, які віддають, матерями, які отримують, та матерями, які пакують [продуктові] набори, і таким чином ми сформували відчуття належності до громади. Це не очевидно, але ми знаємо, що це необхідно робити для подальшого розвитку та зростання. Ця гетерогенна група пакує ці набори раз на тиждень під відкритим небом у саду громадського центру, вона складається з

добровольців, які знаходяться на належній відстані одне від одного, і вони формують громаду на засадах альтруїзму та активізму». Також наголошувалося, що особливо важливе значення мало те, що «громади необхідно розглядати як партнерів, а не лише як зацікавлених сторін, незалежно від того, наскільки вони вразливі» – це основний принцип залучення громади.

Інший респондент написав: «Якщо налагодити з клієнтами партнерські стосунки, то вони [клієнти] стають дуже відкритими для співпраці та допомоги. Вони продемонстрували розуміння ситуації загалом і турботу про працівників та інших користувачів послуг». Третій наголосив на тому, що «установи прислухалися до проблем вразливих груп». Такий двосторонній уважний підхід – це також ключовий фактор у побудові довіри, і його також було визнано важливою передумовою для ефективного надання послуг підтримки. Наприклад, «робота стала можливою завдяки довірі, що формувалася протягом довгого часу, та безпосереднім розумінням контексту, яким володіла асоціація. Це ще один важливий момент, який не слід сприймати як щось звичайне, оскільки будь-яка реакція повинна бути швидкою, а довіру не можна побудувати за одну ніч».

Той факт, що постачальники послуг вважають принципи залучення громади центральними для своєї роботи, обнадіює. Однак деякі респонденти, які працюють з адвокацією, також відзначають протилежне, коли, наприклад, «бракує ефективного залучення людей з обмеженою дієздатністю; ми намагалися залучити організації цих осіб до процесу прийняття рішень». Інша організація пояснила, як їх зобов'язали здійснювати адвокацію для того, щоб внести свою цільову групу в порядок денний: «Спершу ЄС здійснював небагато заходів з реагування для пом'якшення наслідків пандемії для людей з інтелектуальною недієздатністю. Після великої роботи з адвокації, яку здійснили організації, що працюють у сфері недієздатності на європейському рівні, ЄС був готовим відповісти та вислухати і вести діалог з НУО з питань недієздатності».

Потреба в самодопомозі: Надання послуг вразливим верствам населення вимагає певного рівня психічної та емоційної стійкості навіть у звичайних, некризових ситуаціях. Під час всесвітньої пандемії, коли самі постачальники послуг можуть почуватись емоційно виснаженими, зважаючи на те, що емоційного та психічного здоров'я може вимагати особливо багато ресурсів. Дуже важливо, щоб волонтери та члени організації також захищали власне психічне здоров'я та емоційну стійкість, необхідні для того, щоб продовжувати працювати в умовах кризи. Один з респондентів сказав: «Серед жінок [у притулку] зростає кількість випадків вербального та психологічного насильства. Думки про самогубство почали з'являтися частіше, а отже, зросла і потреба в психіатричній підтримці. Як фахівець

і як психолог, я почуваюся виснаженим і безпорадним. Протягом усього цього процесу ми подібні на свічки, які тануть».

Немає універсальних варіантів, які підійдуть всім: Один респондент проілюстрував гетерогенність різних вразливих верств населення за допомогою такого спостереження: «Безпритульні, що зловживають наркотичними речовинами – це не гомогенна група населення. Деякі з них можуть виживати завдяки помешканням, яке вони знаходять в звичайних притулках для безпритульних, а іншим можуть знадобитися певні особливі послуги. Зокрема, це стосується тих, хто зловживає наркотичними речовинами, які все ще можуть зловживати цими речовинами. Ці люди не можуть залишатися в притулку на час локдауну, оскільки їх залежність від наркотичних речовин впливає на їх здатність не вживати наркотики і дотримуватися правил, встановлених установами, що займаються справами безпритульних. «Отже, як запропонувала інша організація, може бути важливо мати мережу патрульних поліцейських, які зможуть виявляти та моніторити конкретні потреби певних груп у межах широких верств уразливого населення».

Оцінка заходів

У Таблиці 1 наведено дані щодо кількості та кількісне співвідношення організацій, що надають підтримку і які здійснили оцінювання послуг, які вони надали під час пандемії COVID-19. Тільки трохи більше третини цих організацій повідомили, що вони здійснили оцінювання своїх послуг, а одна половина сказала, що вони (ще) не здійснювали таке оцінювання.

Таблиця 1. Кількість та кількісне співвідношення організацій, що здійснили оцінювання своїх послуг (n=79)

	Кількість відповідей N (%)
Так	28 (35%)
Ні	40 (51%)
Не знаю	11 (14%)

Кілька організацій, з тих, які здійснили оцінювання, сказали, що вони ще не завершили цей процес, тож результати ще не доступні. Низка організацій, з тих, які мали результати і могли їх надати, заявили, що вони зібрали дані, наприклад, щодо

постачання продуктів, кількості людей, залучених до надання послуг, та зміни в кількісному співвідношенні клієнтів, які звертаються за необхідними лікарськими засобами чи медичними послугами. Інші зосередилися на:

- Реакції на пандемію серед людей, яким надається підтримка, зважаючи на: (i) посилене почуття приналежності до громади, викликане складною ситуацією, та (ii) несподівану поведінку клієнтів (яка не була зазначена у відповіді на опитування) через «повторну травму», спричинену пандемією.
- Висвітленні викликів, з якими стикаються люди, включаючи повідомлення про ізоляцію певної громади, яке впроваджувала поліція (подальші подробиці не надаються); та неправильне тлумачення деяких порад щодо охорони здоров'я, спричинене труднощами, пов'язаними з мовою.
- Взаємовідносинах між організацією та громадою, якій надається підтримка, висновки однієї організації свідчать про надзвичайно глибоке розуміння викликів та ситуації, з якою стикаються люди, яких вони підтримують.
- Організаційних змінах: повідомлялося про кращу співпрацю як усередині (між командами різних відділів), так і зі зовнішніми особами (між різними постачальниками послуг із громадянського суспільства).
- Покращенні використання цифрових технологій та мобільних телефонів для зв'язку з вразливими верствами населення.

Загалом, хоча результати, як і очікувалось, вказали на збільшення кількості викликів для найуразливіших груп населення, та внаслідок пандемічної ситуації виникло й кілька позитивних змін з точки зору (i) відносин організацій із громадами, в яких вони працюють; (ii) внутрішніх та зовнішніх організаційних відносин; а також (iii) можливості використання цифрових технологій для ефективної комунікації зі своїми клієнтами. Організації та особи, що в них працюють, здається, добре впоралися з викликами, що виникли у зв'язку з пандемією COVID-19.

Більшість організацій, які повідомили, що не проводили оцінку, заявили, що їм ще рано це робити. Багато з цих організацій є невеликими, і на сьогодні вони спрямовують свій час та зусилля на збір коштів і надання послуг. Інші сказали, що у них немає ресурсів чи технічних можливостей для проведення оцінки. З тих, хто повідомив, що (ще) не проводив оцінку, 26 / 40 (65%) сказали, що вони планують провести її в майбутньому.

Здійснення оцінки потреб уразливих груп населення

Кілька респондентів опитування зазначили, що вони або їхня організація не мають технічних навичок для оцінки послуг, які вони надають. Отже, можливо, їм також буде складно провести оцінку потреб, яка може допомогти їм виявити як прогалини,

так і потреби цієї групи, якій вони надають послуги, а також ресурси та можливості, які вже існують у групі та які можна використати, щоб сприяти задоволенню власних потреб цієї групи. Такий підхід до залучення громади може значно розширити можливості [155].

Наукові співробітники Університетського коледжу Лондона підготували простий «польовий» посібник для проведення оцінки потреб з уразливими групами населення. Його завдання – забезпечити найбільш ефективний розподіл наявних ресурсів для задоволення їхніх потреб і допомогти визначити місцеві мережі, найбільш здатні розвивати соціальний потенціал у нестабільні періоди та під час здійснення системних змін [156]. Організації, можливо, захочуть переглянути цей посібник та використати його для своїх цілей.

Запропоновані належні практики для заходів під час пандемії COVID-19

Цей заключний розділ – узагальнення того, що було представлено вище, як з матеріалів на основі літератури, так і з матеріалів опитування. Тут наведено комплекс, що складається з одинадцяти стратегічних належних практик, виявлених на основі здійсненої роботи, а також пропозиції щодо додаткових удосконалень. Це, як пропонується, може допомогти організаціям, які підтримують вразливе населення – а також організаціям та установам, які їх підтримують – оптимізувати свої послуги під час пандемії COVID-19. Припускається, що вони можуть допомогти організаціям, що надають підтримку вразливим верствам населення, а також організаціям та установам, що допомагають їм, оптимізувати їх послуги в умовах пандемії COVID-19.

Зверніть увагу, що деякі із запропонованих належних практик орієнтовані на національні та / або регіональні органи влади, тоді як інші зосереджені на самих організаціях, що надають підтримку. У Таблиці 2 наведено вказівки щодо того, які пункти має розглянути кожна з цих двох категорій. Більшість запропонованих заходів для національних і регіональних органів влади стосуються надання фінансової допомоги групам, що надають підтримку; роботи над забезпеченням належної комунікації, співпраці та координації з ними; та сприяння розширенню впровадження заходів, заснованих на справедливості та правах людини. Заходи, запропоновані для груп, що надають підтримку, зосереджуються на фактичному наданні послуг.

Перелік запропонованих належних практик представлено в довільному порядку, не залежно від їх важливості.

Таблиця 2. Належні практики, запропоновані на розгляд для національних / регіональних органів влади, а також громадянського суспільства та постачальників послуг

Запропоновані належні практики	Заходи, які необхідно здійснити національним та / чи регіональним органам влади	Заходи, які необхідно здійснити громадянському суспільству / постачальникам послуг
1. Безперервність надання послуг	✓	✓
2. Забезпечення матеріальної підтримки	✓	✓

3. Використання онлайн- та інших цифрових технологій	✓	✓
4. Профілактика інфікування COVID-19 як скеред користувачів, так і серед персоналу / волонтерів		✓
5. Дотримання підходу «залучення громади»	✓	✓
6. Чітка комунікація між постачальниками послуг і користувачами послуг		✓
7. Забезпечення відчуття соціального зв'язку		✓
8. Співпраця між національними / регіональними органами влади та постачальниками послуг з громадянського суспільства	✓	✓
9. Справедливість та права людини	✓	✓
10. Оцінка потреб та оцінка послуг	✓	✓
11. Гнучкість на рівні політик надання послуг та забезпечення постійного правового захисту	✓	

Безперервність надання послуг

Пандемія збільшила потреби багатьох вразливих груп населення, тому надзвичайно важливо, щоб служби підтримки продовжували функціонувати і щоб вони могли впоратися зі збільшеним навантаженням та попитом. Більшість організацій, які взяли участь у нашому опитуванні, змогли цього добитися, але деяким це не вдалося. Кілька організацій розповіли, яким чином вони забезпечили безперервність надання послуг у цих складних обставинах.

- Персонал і волонтери виявились надзвичайно гнучкими та готовими приділяти додатковий час та зусилля в період пандемії. Однак у довгостроковій перспективі таку діяльність не можна сприймати як належне – для того, щоб забезпечити стале реагування, потрібен належний персонал, підтримка, навчання та контроль. Це передбачає, що волонтери та члени організації повинні захищати власне психічне здоров'я та емоційний добробут, щоб продовжувати працювати в цей кризовий час.

- Впроваджено плани безперервності лікування для певних вразливих груп населення, включаючи «відвідування» за допомогою онлайн-технологій або телефону, заповнення рецептів у телефонному режимі, лікарські засоби для домашнього використання, дистанційне медикаментозне лікування, передачу рецептів через аптеки, можливості виявлення та транспортування для лікування або отримання послуг з підтримки, тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом, по пошті, тестування на ВІЛ та відповідне лікування, забезпечення такого запасу антиретровірусних препаратів, якого вистачило би на багато місяців і спеціалізоване медичне обслуговування для трансгендерних та інтерсексуальних людей.
- Багато груп, які перейшли на онлайн-послуги на виконання рекомендацій щодо фізичного дистанціювання, заявили, що деякі з найбільш ігнорованих користувачів не мають стільникових телефонів або комп'ютерів, які би дозволяли їм отримати доступ до послуг. Було вказано, що для цих груп потрібно і надалі надавати послуги в режимі «віч-на-віч» із дотриманням заходів фізичного дистанціювання.
- Багато організацій сказали, що фінансові обмеження стали для них основним викликом. Державні органи можуть розглянути можливість збільшення підтримки об'єднань громадянського суспільства під час пандемії.

Забезпечення матеріальної підтримки

З огляду на серйозні економічні наслідки пандемії COVID-19 загострилася проблема складного фінансового становища, з якою вже й до пандемії стикалося багато вразливих верств населення. Об'єднання громадянського суспільства працювали над тим, щоб заповнити прогалину шляхом термінового надання житла, догляду за дітьми, SIM-карт та / або мобільних пристроїв, ефірного часу, а також продуктів харчування та інших предметів першої необхідності, включаючи ліки. Однак, оскільки їхні власні ресурси вже й так скоротилися через зменшення можливостей збору коштів, надання цих послуг стає дедалі складнішим. Як зазначено у пункті вище, влада, можливо, захоче розглянути можливість надання додаткової фінансової підтримки об'єднанням громадянського суспільства для того, щоб їм було легше надавати базову матеріальну підтримку вразливим верствам населення, яким вони надають послуги.

Використання онлайн- та інших цифрових технологій

Інтернет-технології виявились важливим засобом надання послуг підтримки протягом пандемії. Надання деяких вже наявних онлайн-послуг продовжувались, а

інші було розширено чи адаптовано відповідно до обставин. Такі послуги включають відео- або телефонні консультації з користувачами, віртуальні групи підтримки з боку осіб, що пережили схожий досвід, створення чатів для полегшення взаємопідтримки та обміну порадами між користувачами та сайти груп для постачальників послуг та організацій-членів для обміну досвідом та отриманими уроками.

Проте робота в режимі «онлайн» – це не панацея для вирішення всіх проблем:

- Особисті зустрічі можуть все ще знадобитися для тих осіб, які мають певний вид складної уразливості.
- Деякі люди, особливо літні люди, не мають доступу до цифрових технологій або їм бракує знань про них.
- Ефірний час може бути обмежений через неякісний Wi-Fi або неможливість налагодити контракт із достатнім ефірним часом.
- Людям з вадами зору чи звуку не легко отримати доступ до всіх онлайн-матеріалів. Потрібно шукати інші засоби для охоплення таких людей.
- Люди з вадами зору чи слуху не можуть отримати доступ до всіх онлайн-матеріалів, систем відеоконференцій, дистанційної освіти чи інструментів для роботи в дистанційному режимі, особливо якщо ці матеріали не надаються в доступних форматах. Потрібно шукати інші засоби, щоб охопити таких людей і гарантувати, що ці системи доступні.

Постачальники послуг можуть розглянути можливість надання мобільних пристроїв, ефірного часу та навчання, якщо це необхідно людям, які мають обмежений доступ до Інтернету або взагалі не мають до нього доступу. Для цього може знадобитися, аби національні чи регіональні органи влади виділили фінансування, яке передбачатиме відшкодування витрат, понесених службами підтримки.

Профілактика інфікування COVID-19 як скеред користувачів, так і серед персоналу / волонтерів

Потрібно докласти всіх зусиль для мінімізації ризику інфікування як скеред користувачів, так і серед персоналу / волонтерів. Організації, що надають підтримку можуть розглянути таке:

- Принципи фізичного дистанціювання, що застосовуються серед загального населення, у першочерговому порядку повинні також застосовуватися до вразливих груп населення, які розміщуються в гуртожитках чи інших інституційних установах. Для цього можуть знадобитися інвестиції та прийняття нових підходів.

- Засоби індивідуального захисту (включаючи маски, рукавички, дезінфікуючі засоби тощо) повинні бути пріоритетом для громад і домогосподарств, де проживають вразливі люди, як для самих вразливих осіб, так і для того, щоб працівники, які надають допомогу, та члени родини могли продовжувати безпечно їх підтримувати. Слід також забезпечити засоби для прибирання та дезінфікуючі засоби для рук.
- Оскільки протягом останніх тижнів відчувався брак багатьох профілактичних матеріалів, було б важливо заздалегідь розглянути можливість зробити запаси на випадок потенційного різкого зростання кількості випадків.
- Було б корисно провести навчання персоналу та волонтерів з питань профілактики інфекцій та контролю за ними.

Дотримання підходу «залучення громади»

Дотримання принципів «залучення громади»:

- Представники всіх вразливих груп населення повинні брати участь у розробці та здійсненні всіх заходів реагування на всіх стадіях пандемії. Це допоможе побудувати та зберегти довіру, забезпечити придатність, стійкість та ефективність, і уникнути непрямих або непередбачуваних збитків.
- Діалог між постачальниками послуг і відповідними вразливими групами населення необхідно вести на засадах двостороннього спілкування, співпраці та взаємного слухання. Люди хочуть, щоб їх розглядали як партнерів, а не лише як зацікавлені сторони, незалежно від того, наскільки вони вразливі.

Чітка комунікація між постачальниками послуг і користувачами послуг

Під час спілкування з користувачами послуг потрібно дотримуватися стандартних принципів інформування про ризики. Ці заходи передбачають таке:

- Всю інформацію щодо COVID-19 потрібно надавати простою мовою, за необхідності перекладати її мовами меншин, у тому числі мовами, які розуміють нелегальні мігранти.
- Інформацію потрібно надавати у різних форматах (тобто не лише у письмовій формі, але й у форматах, що відповідають стандартам доступності), в тому числі за допомогою засобів масової інформації та цифрових каналів.
- Інформація має бути таргетована відповідно до потреб конкретної аудиторії / аудиторій, яку вона повинна охопити.

- Розробка відповідних та ефективних повідомлень може бути складним процесом. Важливо завжди тестувати матеріали і розробляти їх разом із представниками відповідної групи користувачів, щоб гарантувати, що повідомлення сприймають так, як і було задумано.

Забезпечення відчуття соціального зв'язку

Фізичне дистанціювання не має спричиняти соціальну ізоляцію, а також слід докладати зусиль для того, щоб люди не втрачали відчуття контакту одне з одним, – це дозволить підтримувати добробут та уникати негативних наслідків для психічного здоров'я. Такі заходи можуть передбачати:

- Розробка «планів зв'язку», щоб допомогти користувачам послуг залишатись на зв'язку з друзями та родиною.
- Консультування або підтримка психічного здоров'я / психосоціальна підтримка.
- Організація віртуальних релігійних служб, дискусійних форумів, відео для віртуального відвідування музеїв.
- Забезпечення регулярного телефонного контакту з користувачами.
- Віртуальні зустрічі, переписка, музичні та культурні онлайн-події, наприклад, перегляд театральних вистав.

Співпраця між національними / регіональними органами влади та постачальниками послуг з громадянського суспільства

Співпраця та підтримка з боку національних і регіональних органів влади для постачальників послуг з громадянського суспільства є важливою для зміцнення послуг та забезпечення координації діяльності. Робота в цьому аспекті може включати:

- Активне залучення та консультування різноманітних груп громадянського суспільства в дискусіях щодо політики реагування та відновлення.
- Робота, спрямована на уникнення дублювання діяльності різними постачальниками послуг.
- Надання фінансової підтримки з метою сприяння подальшому функціонуванню служб підтримки.

Справедливість та права людини

Принципи справедливості та прав людини вже самі по собі важливі, але – згідно з принципом, що якщо хоч якійсь частині населення загрожує якась інфекційна хвороба, наприклад COVID-19, то все населення знаходиться під цією загрозою – вони також становлять засіб забезпечення дотримання належних практик громадського здоров'я для загального населення. Деякі з належних практик захисту прав людини, які згадувалися у цьому дослідженні, включають:

- Влада повинна надавати доступ до фінансової допомоги всім людям, які цього потребують, незалежно від правового статусу їх роботи (наприклад, працівники сфери надання сексуальних послуг) або місця їх проживання (наприклад, нелегальні мігранти).
- Керівники та інші впливові люди повинні виступити проти стигматизації та ненависті, спрямованої на конкретні групи населення в умовах пандемії.
- Тих осіб, які працюють в умовах, коли вони змушені працювати безпосередньо близько до інших людей, потрібно забезпечити необхідними засобами індивідуального захисту.
- Карантинні заходи необхідно застосовувати пропорційно та враховувати права людей, які перебувають на карантині.
- Не можна знижувати пріоритет послуг охорони здоров'я, зокрема тих, що стосуються конкретних вразливих груп населення, на дискримінаційній основі, мотивуючи це тим, що через пандемію ресурси обмежені.
- Необхідно забезпечити правовий захист для всіх вразливих верств населення.

Оцінка потреб та оцінка послуг

Оцінка потреб є важливим засобом для ефективного забезпечення того, щоб послуги з підтримки були орієнтовані саме на тих людей, яким вони необхідні. Вразливі групи населення – часто гетерогенні, і це означає, що важливо визначати конкретні потреби різних громад у межах більшої вразливої групи вразливого населення. Саме тому дані потрібно:

- Зібрати для того, щоб визначити потреби конкретної групи населення, що викликає занепокоєння, до початку роботи.
- Поділити за підгрупами населення, якщо це необхідно.
- Дані мають бути кількісні (з метою надання оцінок масштабу) та якісні (з метою забезпечення уявлення про досвід, проблеми і думки користувачів та інших осіб, за необхідності).

Переважна більшість організацій-респондентів повідомили, що вони здійснили оцінку своєї роботи, пов'язаної з COVID, або планують це зробити. Ці зусилля слід заохочувати, адже таке оцінювання – це засіб забезпечення засвоєння уроків та застосування висновків, винесених з цих уроків, у майбутньому, і таким чином можна буде максимально оптимізувати послуги.

Оцінювання має:

- Зосереджуватися як на процесах, так і на впливі (де це можливо).
- Бути представлене у форматах, які були би легкими для сприйняття, для того, щоб їх можна було використати як емпіричну основу для цілей інформування та адвокації як для громадськості, так для тих осіб, які приймають рішення.

Згідно з повідомленнями, в багатьох організаціях громадського суспільства немає належного технічного потенціалу для здійснення оцінювання потреб, тому органи влади могли би сприяти навчанню та надавати підтримку для цих основних видів діяльності. Самі об'єднання громадянського суспільства також можуть вдосконалити ці навички, проаналізувавши безкоштовні навчальні матеріали на тему оцінки, доступні онлайн.

Гнучкість на рівні політик надання послуг та забезпечення постійного правового захисту

Організації, що взяли участь у опитуванні, вказали на різні правові перешкоди для забезпечення здоров'я та безпеки певних вразливих груп. Тому правоохоронні органи та місцева влада можуть розглянути таке:

- Послаблення правил щодо замісної терапії опіатами.
- Ввести припинення арештів, рейдів та притягнення працівників сфери надання сексуальних послуг до кримінальної відповідальності.
- Сприяння тимчасовому регулюванню статусу іммігрантів та призупинення повернення і вивезення нелегальних мігрантів.

Це не означає, що має бути якесь послаблення законних прав, закріплених у національному та європейському законодавстві, що захищає вразливі групи в наших суспільствах.

Обмеження цього дослідження

Через конкуруючі пріоритети або недостатню обізнаність щодо цього опитування, не всі організації, що підтримують різні вразливі верстви населення в ЄС / ЄЕЗ та Сполученого Королівства, мали можливість заповнити опитування. Незважаючи на те, що ми отримали дві чи більше відповідей про кожну з вразливих груп населення, які були для нас цільовими, ми все ж могли не отримати якоїсь важливої інформації та досвіду від організацій, які не взяли участь в опитуванні.

Крім того, через часові обмеження огляд нашої літератури здійснювався швидко. Тому, можливо, ми могли впустили якісь ключові документи для деяких вразливих груп населення.

Незважаючи на ці визнані обмеження, триангуляція між результатами опитування та літературою вказує на значний збіг між цими двома наборами даних. Це вказує на те, що ми ідентифікували ключові питання, що викликають занепокоєння на тему надання послуг з надання підтримки медично та соціально вразливим групам населення в ЄС / ЄЕЗ та Сполученого Королівства під час пандемії COVID-19.

Експерти-консультанти

Експерти ЄЦКЗ: Ліза Ферланд, Тедже Функ, Джон Кінсман, Теймур Нурі, Кейт Олссон, Анастасія Фарріс, Сенія Розалес-Клінц.

Експерти, залучені ззовні: Тамаш Молнар, Сіанан Рассел, Аннабель Сібом, Томас Сейлер, Алайна Сміт, Лука Стівенсон, Мілан Сверепа, Бернадетт Варга, Джулія Ваду.

Усі зовнішні експерти подали декларації інтересів, і перегляд цих декларацій не виявив жодного конфлікту інтересів.

Ми також вдячні за коментарі щодо чорнової версії цього звіту, які надав Генеральний директорат Європейської Комісії з питань зайнятості, соціальних питань та інклюзії (DG EMPL).

Додаток 1. Інструмент опитування

Опитування щодо соціально та медично вразливих груп населення в ЄС / ЄЕЗ та Сполученому Королівстві під час пандемії COVID-19

Передумови

Це опитування проводилося в країнах ЄС / ЄЕЗ та Сполученому Королівстві в рамках ініціативи ЄЦКЗ щодо виявлення належних практик для вирішення проблем, з якими стикаються представники вразливих груп населення під час пандемії COVID-19. Результати опитування – зокрема виявлені належні практики та вивчені уроки – буде синтезовано та включено до керівних документів, які будуть опубліковані ЄЦКЗ.

Ми зосередили увагу нашого опитування на двох широких групах населення, які можуть мати конкретні потреби чи особливі аспекти вразливості в питанні запобігання та контролю за Covid-19.

- **Медично вразливі особи:** Ця категорія охоплює осіб похилого віку (в цьому документі – віком 60 років і старше) та осіб з основними захворюваннями (наприклад, високий тиск, надмірна вага / ожиріння, діабет тощо), через які вони можуть бути більш схильні до розвитку тяжкої форми захворювання після інфікування. Медично вразливі особи можуть зіткнутися з низкою труднощів під час захисту своїх потреб чи вони можуть «відділитися» від решти суспільства на тривалий час для того, щоб зменшити ризик інфікування.
- **Соціально вразливі особи:** Ця категорія охоплює (серед інших) осіб з фізичною недієздатністю, осіб з проблемами з психічним здоров'ям, осіб з порушеннями навчання, осіб без постійного місця проживання, осіб, що страждають від домашнього насильства, етнічні меншини, представників ЛГБТІ-спільноти та нелегальних мігрантів. Виклики, з якими і без того стикаються люди, що живуть у соціально вразливих ситуаціях у своєму повсякденному житті, можуть істотно загостритися через різноманітні обмеження, введені національними органами влади на період пандемії COVID-19 в ЄС / ЄЕЗ та Сполученому Королівстві.

Завдання цього опитування

1. Сформувані розуміння зусиль громадянського суспільства, НУО та релігійних організацій, а також національних і регіональних органів влади в ЄС / ЄЕЗ та

Сполученому Королівстві, спрямованих на підтримку соціально та медично вразливих людей під час пандемії COVID-19.

2. Визначити належні практики, інноваційні підходи, операційні завдання та вивчені уроки, які можна застосувати в інших державах-членах.

Підказка щодо заповнення опитування

Відповідаючи на запитання, наведені нижче, майте на увазі, що це – якісне опитування, яке не має на меті зібрати вичерпну чи повну базу даних про всі заходи, що зараз здійснюються в ЄС / ЄЕЗ. Ми радше прагнемо висвітлити деталі ключових питань, пов'язаних із підтримкою цих різних груп населення в усьому регіоні. Тому ми воліли б отримувати більше деталей про меншу кількість заходів – тих, які найкраще ілюструють ті робочі виклики, з якими стикається ваша країна, та вивчені уроки – а не маленьку кількість подробиць щодо багатьох заходів.

Зверніть увагу:

- Кінцевий термін надання відповідей на опитування – 11.59 за центральноєвропейським часом у вівторок 2 червня.
- Ви можете давати свої відповіді будь-якою європейською мовою, хоча бажано, щоб це була англійська (якщо це можливо).
- Належні практики та висновки, викладені в наших звітах, будуть представлені анонімно, хоча, якщо це доречно, ми можемо зазначити відповідну країну. Жодні конкретні, поіменні приклади не будуть виділятися без чіткої письмової згоди відповідної організації / установи / інституції.

Дякуємо вам за ваш важливий внесок у цю роботу.

Команда ЄЦКЗ з питань реагування на COVID-19

1а. Будь ласка, вкажіть країну (чи країни, якщо застосовно), про яку ви звітуєте (можна відзначити кілька).

- Албанія
- Австрія
- Бельгія
- Болгарія
- Хорватія
- Кіпр
- Чехія
- Данія
- Естонія
- Фінляндія
- Франція

- Німеччина
- Греція
- Угорщина
- Ісландія
- Ірландія
- Італія
- Латвія
- Ліхтенштейн
- Литва
- Люксембург
- Мальта
- Чорногорія
- Нідерланди
- Норвегія
- Польща
- Португалія
- Республіка Північна Македонія
- Румунія
- Сербія
- Словацька Республіка
- Словенія
- Іспанія
- Швеція
- Швейцарія
- Туреччина
- Сполучене Королівство

1b. За необхідності також вкажіть, про який регіон / провінцію / штат ви звітуєте (максимум 100 символів)

2a. Як називається агентство, організація чи установа, в якій ви працюєте? (максимум 100 символів)

2b. Будь ласка, вкажіть веб-адресу агентства / організації / установи (максимум 50 символів)

3. Будь ласка, вкажіть контактну електронну адресу, якщо ви би хотіли отримати посилання на остаточний звіт(и), і якщо ви бажаєте, щоб ЄЦКЗ зв'язався з вами для подальших питань чи роз'яснення ваших відповідей (максимум 50 символів)

4. На яку групу / групи орієнтується ваше агентство чи організація? (допускається кілька варіантів):

- Етнічні меншини
- Особи без постійного місця проживання
- Особи старше 70 років
- Представники ЛГБТІ-спільноти
- Особи, що страждають від домашнього насильства
- Особи, що живуть з діабетом
- Особи, що живуть з гіпертензією
- Особи, що живуть з ожирінням
- Особи з порушеннями навчання
- Особи з проблемами з психічним здоров'ям
- Особи з наркотичною залежністю / особи, які зловживають наркотичними речовинами
- Особи з фізичним обмеженням дієздатності
- Нелегальні мігранти

Інші групи не вказані в переліку, наведеному вище (будь ласка, вкажіть групу / групи) (максимум – 200 символів)

5. Будь ласка, наведіть принаймні один приклад послуг, які ваша організація надавала / надає для групи / груп, згаданих у питанні 4 під час пандемії COVID-19 (максимум – 1500 символів)

6. З якими основними викликами ви зіткнулися під час надання цих послуг? Як ви у своїй організації чи агентстві намагалися подолати ці виклики? (максимум – 1500 символів)

7. Загалом, що, на вашу думку, було основним успіхом вашої організації у наданні послуг вище переліченим групам під час пандемії COVID-19? (максимум – 1500 символів)

8. Коротко опишіть основні уроки, які ви вивили у своїй країні – як на основі викликів, так і на основі успіхів – у наданні послуг людям, яких ви обслуговуєте, і якими ви можете поділитися з іншими державами-членами ЄС / ЄЕЗ (максимум – 1500 символів)

9а. Чи відомо вам про те, чи проводило ваше агентство або організація будь-яку оцінку послуг підтримки, які вона надавала під час пандемії COVID-19?

- Так

- Ні
- Не знаю

Якщо ваша відповідь «так», то надайте короткий опис результатів цієї оцінки (максимум – 1500 символів)

Якщо ваша відповідь «ні», то вкажіть, чому таке оцінювання не здійснювалося (максимум – 1500 символів)

9b. Якщо ви відповіли «ні» чи «не знаю», то чи планується здійснення такої оцінки цих послуг?

- Так
- Ні
- Не знаю

10. Будь ласка вкажіть будь-яку додаткову інформацію та / чи посилання на документи чи звіти, що, на вашу думку, можуть бути корисними для цього опитування (максимум – 1500 символів)

Список літератури

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). Promoting Inclusion through Social Protection: Report on the World Social Situation 2018. [Internet]. UN DESA; 2018 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://www.un-ilibrary.org/children-and-youth/the-report-on-the-world-social-situation-2018-14642ccc-en>.
2. European Migration Network (EMN). Asylum and Migration. Glossary 6.0: a tool for better comparability produced by the European Migration Network [May 2018]. [Internet]. Brussels: EMN; 2018 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://emn.ie/publications/european-migration-network-asylum-and-migration-glossary-6-0/>.
3. Migration and Home Affairs. Irregular migrant [Internet]. European Commission; 2020. Available from: <https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/networks/european-migration-network/glossary-search/irregular-migrant-en>.
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance on infection prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) in migrant and refugee reception and detention centres in the EU/EEA and the United Kingdom [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidance-prevention-control-migrant-refugee-centres>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance on public health management of COVID-19 in prison settings [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: [To be published].
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 surveillance report [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://covid19-surveillance-report.ecdc.europa.eu/>.
7. European Commission (EC). Cross-linked glossary for ADMIN data. [Internet]. EC; 2020 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/cros/content/admin-cross-linked-glossary-en>.
8. SafeLives. About domestic abuse [Internet]. Bristol: SafeLives; 2020 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://safelives.org.uk/policy-evidence/about-domestic-abuse>.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Health and social responses to drug problems - A European Guide [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017 [cited 22 June 2020]. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153_649.pdf.

10. United Nations (UN). United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities [Internet]. New York: UN; 2006 [updated 6 December 2006; cited 26 June 2020]. Available from: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Learn About Mental Health [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>.
12. Office for National Statistics (ONS). Coronavirus and the social impacts on disabled people in Great Britain. [Internet]. ONS; 2020 [updated 24 April 2020]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/disability/articles/coronavirusandthesocialimpactsondisabledpeopleingreatbritain/2020-04-24>.
13. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid Risk Assessment: Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China, 2020, 17 January 2020. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-cluster-pneumonia-cases-caused-novel-coronavirus-wuhan>.
14. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 [updated 12 March 2020]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
15. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 situation update worldwide, as of 1 July 2020 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>.
16. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid Risk Assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK - tenth update [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-tenth-update>.
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 situation update for the EU/EEA and the UK, as of 1 July 2020 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>.
18. Flaxman S, Mishra S, Gandy A, Unwin HJT, Mellan TA, Coupland H, et al. Estimating the effects of nonpharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. Nature. 2020/06/08.

19. International Monetary Fund (IMF). World Economic Outlook, April 2020: The Great Lockdown. [Internet]. IMF; 2020 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/04/14/weo-april-2020#Introduction>.
20. European Institute for Gender Equality (EIGE). Economic hardship and gender [Internet]. 2020 [cited 22 June 2020]. Available from: <https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/economic-hardship-and-gender>
21. Clark A, Jit M, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HHX, Mercer SW, et al. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. The Lancet Global Health. 2020 2020/06/15/.
22. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Coronavirus pandemic in the EU - Fundamental rights implications - Bulletin 1. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020. Available from: <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/covid19-rights-impact-april-1>.
23. UN Committee on Economic Social and Cultural Rights. General Comments No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). [Internet]. 2009 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://tbinternet.ohchr.org/layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11>.
24. European Union. Charter of Fundamental Rights to the European Union, Article 35. [Internet]. Official Journal, 2012/C364/01; 2012. Available from: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf.
25. United Nations (UN). Sustainable Development Goals [Internet]. New York: UN; 2020 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/>.
26. European Court of Human Rights, Council of Europe. European Convention on Human Rights. [Internet]: European Court of Human Rights; 1950 [cited 16 June 2020]. Available from: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.
27. European Union. Consolidated versions of the Treaty on European Union and the Treaty on the Functioning of the European Union [Internet]. Official Journal, 2012/C 326/01; 2012. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A12012M%2FTXT>.
28. Public Health England (PHE). Disparities in the risk and outcomes of COVID-19 [Internet]. London: PHE; 2020 [cited 16 June 2020]. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892085/disparities_review.pdf.
29. Cook T, Kursumovic E, Lennane S. Exclusive: deaths of NHS staff from covid-19 analysed. [Internet]. London: Health Service Journal; 2020 [updated 22 April

- 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.hsj.co.uk/exclusive-deaths-of-nhs-staff-from-covid-19-analysed/7027471.article>.
30. Kirby T. Evidence mounts on the disproportionate effect of COVID-19 on ethnic minorities. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020 2020/06/01/;8(6):547-8.
 31. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Persistent Roma inequality increases COVID-19 risk, human rights heads say. [Internet]. FRA; 2020 [updated 7 April 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://fra.europa.eu/en/news/2020/persistent-roma-inequality-increases-covid-19-risk-human-rights-heads-say>.
 32. Fundaci6n Secretariado Gitano (FSG). Impact of the COVID-19 Crisis on the Roma Population. [Internet]. Madrid: FSG; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: https://www.gitanos.org/upload/05/37/EN_ENCUESTA_PARTICIPANTES_FINAL.pdf.
 33. K6hlbrandt C, Footman K, Rechel B, McKee M. An examination of Roma health insurance status in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health*. 2014;24(5):707-12.
 34. Eklund Karlsson L, Ringsberg KC, Crondahl K. Work-integrated learning and health literacy as catalysts for Roma empowerment and social inclusion: A participatory action research. *Action Research*. 2019;17(4):549-72.
 35. Stoynovska M, Karcheva M, Petrov G, Borisov G. Focus on health literacy, lifestyle, and health care of Roma population in Pleven region, Bulgaria. *European Journal of Public Health*. 2018;28(suppl_4).
 36. Council of Europe. ROMACT Municipalities' Solutions to Limit COVID19 Crisis Impact on Roma Communities [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2020 [cited 17 Juni 2020]. Available from: <http://coe-romact.org/article/romact-municipalities%E2%80%99-solutions-limit-covid19-crisis-impact-roma-communities>.
 37. Pew Research Center. Europe's Unauthorized Immigrant Population Peaks in 2016, Then Levels Off. [Internet]. 2019 [updated 13 November 2019; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.pewresearch.org/global/2019/11/13/europes-unauthorized-immigrant-population-peaks-in-2016-then-levels-off/>.
 38. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2018. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>.
 39. Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*. 2020 2020/04/18/;395(10232):1237-9.

40. Liem A, Wang C, Wariyanti Y, Latkin CA, Hall BJ. The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e20.
41. Truman BI, Tinker T, Vaughan E, Kapella BK, Brenden M, Woznica CV, et al. Pandemic Influenza Preparedness and Response Among Immigrants and Refugees. *American Journal of Public Health*. 2009;99(S2):S278-S286.
42. Noori T, Hargreaves S, Greenaway C, van der Werf M, Driedger M, Morton RL, et al. Strengthening screening for infectious diseases and vaccination among migrants in Europe: What is needed to close the implementation gaps? *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2020 2020/05/07:101715.
43. Guadagno L. Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis [Internet]. Geneva: International Organization for Migration; 2020. Available from: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs-60.pdf>.
44. Agudelo-Suarez AA, Gil-Gonzalez D, Vives-Cases C, Love JG, Wimpenny P, Ronda-Perez E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC health services research*. 2012 Dec 17;12:461.
45. European Commission (EC). European Website On Integration. Migrant Integration Information and good practices. [Internet]. European Commission; 2020 [updated 03 February 2020; cited 26 June 2020]. Available from: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/country/governance>.
46. Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, C. V. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada [Internet]. Paris: Doctors of the World - Medecins du monde international network; 2015 [cited 26 June 2020]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/276421128_Access_to_healthcare_for_people_facing_multiple_health_vulnerabilities_in_26_cities_across_11_countries_Report_on_the_social_and_medical_data_gathered_in_2014_in_nine_European_countries_Turkey_and_Can#fullTextFileContent.
47. International Organization for Migration (IOM). Migration Factsheet No. 6 - The impact of COVID-19 on migrants [Internet]. Geneva: IOM; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/MPR/migration_factsheet_6_covid-19_and_migrants.pdf.
48. Orcutt M, Patel P, Burns R, Hiam L, Aldridge R, Devakumar D, et al. Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the COVID-19 response. *The Lancet*. 2020 2020/05/09;395(10235): 1482-3.
49. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). The COVID-19 pandemic: we need urgent measures to protect people and mend the cracks in our health, social protection and migration systems [Internet]. Brussels:

- PICUM; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://picum.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Statement-March-2020.pdf>.
50. World Health Organization Regional Office for Europe. Interim guidance for refugee and migrant health in relation to COVID-19 in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 [updated 25 March 2020; cited 17 June 2020]. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/434978/Interim-guidance-refugee-and-migrant-health-COVID-19.pdf?ua=1.
51. UN Committee on Migrant Workers, UN Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants. Joint Guidance Note on the Impacts of the COVID-19 Pandemic on the Human Rights of Migrants. 26 May 2020. [Internet]. 2020 [cited 26 June 2020]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/CMWSPMJointGuidanceNoteCOVID-19Migrants.pdf>.
52. United Nations Network on Migration. Forced return of migrants must be suspended in times of COVID-19. Statement by the United Nations Network on Migration. 13 May 2020. [Internet]. Geneva: United Nations Network on Migration; 2020 [cited 26 June 2020]. Available from: https://migrationnetwork.un.org/sites/default/files/network_statement_forced_returns_-_13_may_2020.pdf.
53. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - Situation Report - 35. Data as reported by 10AM CET 24 February 2020. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200224-sitrep-35-covid-19.pdf?sfvrsn=1ac4218d_2.
54. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. COVID-19 and the human rights of LGBTI people [Internet]. Geneva: OHCHR; 2020 [updated 17 April 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/LGBTIpeople.pdf>.
55. The Lancet HIV. When pandemics collide. The Lancet HIV. 2020 2020/05/01;7(5):e301.
56. Council of Europe. European Governmental LGBTI Focal Points Network: COVID-19 and LGBTI persons [Internet]. 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.coe.int/en/web/sogi/-/european-governmental-lgbti-focal-points-network-covid-19-and-lgbti-persons>.
57. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA). COVID-19 impacts on LGBTI communities in Europe and Central Asia: A rapid assessment report [Internet]. ILGA; 2020 [cited 26 June 2020]. Available from: <https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/covid19-lgbti-assessment-2020.pdf>.

58. The Lancet HIV. Lockdown fears for key populations. The Lancet HIV. 2020 2020/06/01/;7(6):e373.
59. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA). COVID-19 and specific impact on LGBTI people and what authorities should be doing to mitigate impact [Internet]. ILGA; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/COVID19%20Impact%20LGBTI%20people.pdf>.
60. Dracott E. Covid-19 is deepening inequalities, says LGBT charity. [Internet]. Belfast: Belfast Telegraph; 2020 [updated 17 May 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.belfasttelegraph.co.uk/news/uk/covid-19-is-deepening-inequalities-says-lgbt-charity-39211845.html>.
61. UNAIDS. Rights in the time of COVID-19: Lessons from HIV for an effective, community-led response. [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2020. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_en.pdf.
62. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA). Obligations of States in the field of human rights in the context of COVID-19 [Internet]. ILGA; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/COVID19%20-%20STATES%20OBLIGATIONS%20IN%20THE%20FIELD%20OF%20LGBTI%20HUMAN%20RIGHTS.pdf>.
63. Goldberg S. COVID-19 and LGBT Rights. 2020 [cited 17 June 2020]. In: Law in the Time of COVID-19 [Internet]. New York: Columbia Law School, [cited 17 June 2020]. Available from: <https://scholarship.law.columbia.edu/books/240/>.
64. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid Risk Assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK-ninth update [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>.
65. World Health Organization (WHO). Leaders speak out about their concerns regarding older people in the context of COVID-19. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [updated 16 June 2020; cited 26 June 2020]. Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/leaders-speak-out-older-people-covid-19>.
66. United Nations (UN). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons [Internet]. New York: UN; 2020. Available from: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>.
67. Bloddonorerne i Danmark. Bloddonorerne i Danmark. Coronavirus: Som bloddonor helper du nu med at afdække det danske marked [20 April 2020]. [Internet].

- Bloddonorerne i Danmark; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: https://bloddonor.dk/coronavi_rus/.
68. Istituto Superiore di Sanita (ISS). Integrated surveillance of COVID-19 in Italy: (Ordinanza n. 640 del 27/02/2020). [Internet]. ISS; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Infografica_17aprile%20ENG.pdf.
69. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Informe sobre la situation de COVID-19 en Espana. Informe COVID-19 n° 23 16 de abril de 2020. [Internet]. Madrid: ISCIII; 2020. Available from: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2023.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2016%20de%20abril%20de%202020.pdf>.
70. Barrasa H, Rello J, Tejada S, Martin A, Balziskueta G, Vinuesa C, et al. SARS-CoV-2 in Spanish Intensive Care Units: Early experience with 15-day survival in Vitoria. Anaesthesia, critical care & pain medicine. 2020 Apr 9.
71. Folkhälsomyndigheten. Veckorapport om covid-19, vecka 15. [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020 [cited 16 June 2020]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/statistik-uppfolining/smittsamma-sjukdomar/veckorapporter-covid-19/2020/covid-19-veckorapport-vecka-15.pdf>.
72. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. Obesity. n/a(n/a).
73. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland 20 April 2020. [Internet]. 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: https://www.rivm.nl/documenten/epidemiologische_situatie-covid-19-in-nederland-20-april-2020.
74. Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE). COVID-19 infections on the ICs [Internet]. NICE; 2020 [cited 21 April 2020]. Available from: <https://www.stichting-nice.nl/>.
75. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Situationsbericht zur epidemiologischen Lage in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein [Internet]. BAG; 2020 [21 April, 2020]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelleausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html#-1222424946>.
76. European Commission (EC). Eurostat Database [Internet]. EC; 2020 [cited 30 June 2020]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

77. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance of COVID-19 at longterm care facilities in the EU/EEA [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>.
78. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*. 2010;25(2):453-63.
79. Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M, et al. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009 Jul;24(7):694-700.
80. AGE Platform Europe (AGE). COVID-19 and human rights concerns for older persons [Internet]. Brussels: AGE; 2020. Available from: <https://www.age-platform.eu/publications/covid-19-and-human-rights-concerns-older-persons>.
81. AGE Platform Europe (AGE). Older Roma, a forgotten dramatic experience of ageing in time of pandemic [Internet]. Brussels: AGE; 2020 [cited 30 June 2020]. Available from: <https://age-platform.eu/policy-work/news/older-roma-forgotten-dramatic-experience-ageing-time-pandemic>.
82. AGE Platform Europe (AGE). Older LGBTI people: how do they live through the COVID-19? [Internet]. Brussels: AGE; 2020 [cited 30 June 2020]. Available from: <https://age-platform.eu/policy-work/news/older-lgbti-people-how-do-they-live-through-covid-19>.
83. AGE Platform Europe (AGE). COVID-19: good practices and initiatives [Internet]. Brussels: AGE; 2020 [cited 30 June 2020]. Available from: <https://www.age-platform.eu/age-news/covid-19-good-practices-and-initiatives>.
84. Van Orden KA, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, et al. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During "Social Distancing" Restrictions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020.
85. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 - second update, 23 March 2020. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-covid-19-second>.
86. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>.
87. World Health Organization Regional Office for Europe. Strengthening the Health System Response to COVID-19. Preventing and managing the COVID-19 pandemic

across long-term care services in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available from: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/443605/Tech-guidance-6-COVID19-eng.pdf.

88. The European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). The state of emergency shelters in Europe [Internet]. Brussels: FEANTSA; 2019. Available from: [https://www.feantsa.org/public/user/Resources/magazine/2019/Spring/Homeless in Europe magazine -Spring 2019.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/Resources/magazine/2019/Spring/Homeless%20in%20Europe%20magazine%20-%20Spring%202019.pdf).
89. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. The Lancet Public Health. 2020;5(4):e186-e7.
90. The European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). COVID-19: "Staying Home" Not an Option for People Experiencing Homelessness [Internet]. FEANTSA; 2020 [updated 18 March 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.feantsa.org/en/news/2020/03/18/covid19-staying-home-not-an-option-for-people-experiencing-homelessness?bcParent=26>.
91. Bacchi U, Chandan R. Homeless people 'treated as criminals' amid coronavirus lockdowns. [Internet]. Reuters; 2020 [updated 23 April 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-homelessness-featu/homeless-people-treated-as-criminals-amid-coronavirus-lockdowns-idUSKCN22527I>.
92. Lima NNR, de Souza RI, Feitosa PWG, Moreira JLdS, da Silva CGL, Neto MLR. People experiencing homelessness: Their potential exposure to COVID-19. Psychiatry Research. 2020 2020/06/01/;288:112945.
93. Nortz S. Testimony on The Disparate Impact of COVID-19 on Homeless People in New York City [Internet]. 2020 [cited 25 June 2020]. Available from: <https://www.coalitionforthehomeless.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19TestimonyMay182020.pdf>.
94. Wood LJ, Davies AP, Khan Z. COVID-19 precautions: easier said than done when patients are homeless. The Medical journal of Australia. 2020 May;212(8):384-e1.
95. Canadian Broadcasting Corporation (CBC). Toronto shelter temporarily shuts down amid COVID-19 outbreak that killed 2. [Internet]. Toronto: CBC; 2020 [updated 30 May 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/st-simons-outbreak-toronto-1.5590942>.
96. Stewart N. 'It's a Time Bomb': 23 Die as Virus Hits Packed Homeless Shelters. [Internet]. New York: The New York Times; 2020 [updated 13 April 2020; cited 17 June 2020]. Available from:

<https://www.nytimes.com/2020/04/13/nyregion/new-york-coronavirus-homeless.html>.

97. Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. COVID-19 outbreak at a large homeless shelter in Boston: Implications for universal testing. medRxiv [Preprint]. 2020:2020.04.12.20059618.
98. Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. The Lancet Respiratory medicine. 2020 May;8(5):447-9.
99. National Health Service (NHS). COVID-19 Clinical homeless sector plan: triage - assess - cohort - care. 9 April 2020. [Internet]: NHS; 2020. Available from: <https://www.healthylondon.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-Homeless-Sector-Plan.pdf>.
100. Townsend M. UK hotels to become homeless shelters under coronavirus plan. [Internet]. The Guardian; 2020 [updated 21 march 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/21/uk-hotels-homeless-shelters-coronavirus>.
101. Hubbell D. Berlin Just Opened a Hostel to Help Its Homeless Population—Others Should Follow Suit. [Internet]. Architectural Digest; 2020 [updated 8 April 2020]. Available from: <https://www.architecturaldigest.com/story/berlin-hostel-help-homeless-population-others-should-follow>.
102. Banks M. Coronavirus: Charities welcome European Parliament's homeless initiative [Internet]. London: The Parliament Magazine; 2020 [updated 4 May 2020]. Available from: <https://www.theparliamentmagazine.eu/articles/news/coronavirus-charities-welcome-european-parliament%E2%80%99s-homeless-initiative>.
103. Reuters. Cannes opens its doors to homeless after coronavirus delays film festival [Internet]. Reuters; 2020 [updated 24 March 2020; cited 25 June 2020]. Available from: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-france-homeless/cannes-opens-its-doors-to-homeless-after-coronavirus-delays-film-festival-idUSKBN21B2U0>.
104. World Health Organization (WHO). Intimate partner violence and alcohol [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world-report/factsheets/fs_intimate.pdf.
105. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, et al. Parenting in a time of COVID-19. Lancet. 2020;395(10231):e64-e.
106. Anurudran A, Yared L, Comrie C, Harrison K, Burke T. Domestic violence amid COVID-19. International Journal of Gynecology & Obstetrics.n/a(n/a).
107. United Nations Regional Information Centre for Western Europe. WHO warns of surge of domestic violence as COVID-19 cases decrease in Europe [Internet]. Brussels: United Nations Regional Information Centre-Europe; 2020 [updated 7

- May 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://unric.org/en/who-warns-of-surge-of-domestic-violence-as-covid-19-cases-decrease-in-europe/>.
108. AGE Platform Europe (AGE). Elder abuse has been on the rise during the COVID-19 pandemic - it is high time to take it seriously! [Internet]. Brussels: AGE; 2020 [cited 30 June 2020]. Available from: <https://age-platform.eu/press-releases/elder-abuse-has-been-rise-during-covid-19-pandemic-it-high-time-take-it-seriously>.
109. The Lancet C, Adolescent H. Pandemic school closures: risks and opportunities. The Lancet Child & Adolescent Health. 2020 2020/05/01/;4(5):341.
110. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. States must combat domestic violence in the context of COVID-19 lockdowns - UN rights expert. [Internet]. Geneva: OHCHR; 2020 [updated 27 March 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25749&LangID=E>.
111. Khan S, Chang D. Providing Real Solutions for Domestic Violence Survivors During COVID-19 [Internet]. Ms. Magazine; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://msmagazine.com/2020/05/19/providing-real-solutions-for-domestic-violence-survivors-during-covid-19/>.
112. The National Coalition against Domestic Violence (NCADV). What Domestic Violence Organizations Need to Know about Coronavirus. [Internet]. Denver: NCADV; 2020 [updated 4 April 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://ncadv.org/blog/posts/what-dv-orgs-need-to-know-coronavirus>.
113. Grierson J. UK domestic abuse helplines report surge in calls during lockdown [Internet]. The Guardian; 2020 [updated 9 April 2020]. Available from: <https://www.theguardian.com/society/2020/apr/09/uk-domestic-abuse-helplines-report-surge-in-calls-during-lockdown>.
114. Karamouzian M, Johnson C, Kerr T. Public health messaging and harm reduction in the time of COVID-19. The Lancet Psychiatry. 2020 2020/05/01/;7(5):390-1.
115. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). EMCDDA update on the implications of COVID-19 for people who use drugs and drug service providers [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2020. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/catalogue/covid-19-and-people-who-use-drugs_en.
116. European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe. EMCDDA Trendspotter briefing: May 2020. [Internet]: EMCDDA; 2020. Available from: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13073/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-1-2.pdf>.

117. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. Annals of internal medicine. 2020 Apr 2.
118. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? The Lancet Public Health. 2020;5(5):e259.
119. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). m-Health applications for responding to drug use and associated harms [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2018. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/m-health-applications-for-responding-to-drug-use_en.
120. World Health Organization Regional Office for Europe. Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2020/preparedness,-prevention-and-control-of-covid-19-in-prisons-and-other-places-of-detention,-15-march-2020>.
121. Pampidou Group. Save Lives Protect Lives. COVID-19 and people who use drugs. The Pompidou Group's Response Platform [Internet]. Council of Europe; 2020. Available from: <https://www.savelivesprotectpeople.net/english/home.html>.
122. Turk MA, Landes SD, Formica MK, Goss KD. Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: TriNetX analysis. Disability and Health Journal. 2020 2020/05/24/: 100942.
123. Mozes A. People with intellectual disabilities are being hit hard by COVID-19. [Internet]. MedicalXpress; 2020 [updated 8 June 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://medicalxpress.com/news/2020-06-people-intellectual-disabilities-hard-covid-.html>.
124. The European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. One step forward, two steps back? [Internet]. The European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care; 2020 [cited 30 June 2020]. Available from: <https://deinstitutionalisation.com/2020/05/29/one-step-forward-two-steps-back/>.
125. Kmietowicz Z. Covid-19: Highest risk patients are asked to stay at home for 12 weeks. BMJ. 2020;368:m1170.
126. Inclusion Europe. Lack of education for children with intellectual disabilities made worse in the Coronavirus emergency [Internet]: Inclusion Europe; 2020. Available from: <https://www.inclusion-europe.eu/briefing-on-education-coronavirus/>.
127. UNIA. Les personnes handicapées et les personnes âgées ont le droit d'être soignées [Internet]. UNIA; 2020 [cited 26 June 2020]. Available from: <https://www.unia.be/fr/articles/les-personnes-handicapees-et-les-personnes-agees-ont-le-droit-detre-soignee>.

128. Thomas R. 'Unprecedented' number of DNR orders for learning disabilities patients [Internet]. London: Health Services Journal - for healthcare leaders; 2020. Available from: <https://www.hsj.co.uk/coronavirus/unprecedented-number-of-dnr-orders-for-learning-disabilities-patients/7027480.article>.
129. European Disability Forum (EDF). Romania: Disability organisations condemn withholding of medical treatment to persons in residential institutions [Internet]. Brussels: EDF; 2020 [cited 26 June 2020]. Available from: <http://edf-feph.org/newsroom/news/romania-disability-organisations-condemn-withholding-medical-treatment-persons>.
130. Pinomaa J. Letter from our president: 13 weeks of heart-breaking separation [Internet]. Inclusion Europe; 2020 [cited 26 June 2020]. Available from: <https://www.inclusion-europe.eu/letter-from-our-president-finland-covid19/>.
131. Courtenay K. Covid-19: challenges for people with intellectual disability. BMJ. 2020;369:m1609.
132. The Arc. COVID-19 Impact on People with Intellectual and Developmental Disabilities, their Families, and the Direct Support Workforce - Briefing paper [Internet]. The Arc; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <http://thearc.org/wp-content/uploads/2020/05/Briefing-Paper.pdf>.
133. Inclusion Europe. 5 steps to prevent harm to people with intellectual disabilities and their families in Coronavirus emergency. [Internet]. Inclusion Europe; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2020/03/CoronavirusResponse.pdf>.
134. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. The Lancet Psychiatry. 2020 2020/04/01/;7(4):e21.
135. Kaufman KR, Petkova E, Bhui KS, Schulze TG. A global needs assessment in times of a global crisis: world psychiatry response to the COVID-19 pandemic. BJPsych Open. 2020;6(3):e48.
136. Gobbi S, Plomecka MB, Ashraf Z, Radzinski P, Neckels R, Lazzeri S, et al. Worsening of pre-existing psychiatric conditions during the COVID-19 pandemic. medRxiv [Preprint]. 2020:2020.05.28.20116178.
137. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. The Lancet Psychiatry. 2020;7(6):547-60.
138. The Lancet, Psychiatry. Mental health and COVID-19: change the conversation. The Lancet Psychiatry. 2020;7(6):463.
139. Liu S, Yanq L, Zhanq C, Xianq Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet Psychiatry. 2020;7(4):e17-e8.

140. Kannarkat JT, Smith NN, McLeod-Bryant SA. Mobilization of Telepsychiatry in Response to COVID-19-Moving Toward 21(st) Century Access to Care. *Adm Policy Ment Health*. 2020;47(4):489-91.
141. D'Aqostino A, Demartini B, Cavallotti S, Gambini O. Mental health services in Italy during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):385-7.
142. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2020.
143. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). People with Disabilities. [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-disabilities.html>.
144. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. COVID-19: Who is protecting the people with disabilities? - UN rights expert. [Internet]. Geneva: OHCHR; 2020 [updated 17 March 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725&LangID=E>.
145. Haynes C. Coronavirus: Disabled people 'forgotten' by government strategy [1 May 2020]. [Internet]. London: BBC; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.bbc.com/news/uk-politics-52504820>.
146. World Health Organization (WHO). Disability considerations during the COVID-19 outbreak. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332015/WHO-2019-nCov-Disability-2020.1-enq.pdf>.
147. Antova I. Disabled people's rights during the COVID-19 crisis. [Internet]. Belfast: Queen's Policy Engagement; 2020 [updated 7 May 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <http://qppl.qub.ac.uk/disabled-peoples-rights-during-the-covid-19-crisis/>.
148. American Psychological Association (APA). How COVID-19 impacts people with disabilities. [Internet]. Washington: APA; 2020 [updated 6 May 2020; cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.apa.org/topics/covid-19/research-disabilities>.
149. Armitage R, Nellums LB. The COVID-19 response must be disability inclusive. *The Lancet Public health*. 2020 May;5(5):e257.
150. The International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe (ICRSE). Call for action: COVID-19 shines a red light on sex workers' lack of protection - our demands must be included [Internet]. ICRSE; 2020 [cited 17 June 2020]. Available from: <http://redlightcovidEurope.org/>.

151. Daly R, Khatib N, Larkins A, Dedicoat M. Testing for latent tuberculosis infection using interferon gamma release assays in commercial sex workers at an outreach clinic in Birmingham. *International journal of STD & AIDS*. 2016 Jul;27(8):676-9.
152. Liu Y, Bi L, Chen Y, Wang Y, Fleming J, Yu Y, et al. Active or latent tuberculosis increases susceptibility to COVID-19 and disease severity. *medRxiv* [Preprint]. 2020:2020.03.10.20033795.
153. Puri N, Shannon K, Nguyen P, Goldenberg SM. Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting. *BMC women's health*. 2017 Dec 19;17(1):133.
154. Platt L, Elmes J, Stevenson L, Holt V, Rolles S, Stuart R. Sex workers must not be forgotten in the COVID-19 response. *The Lancet*. 2020.
155. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance on community engagement for public health events caused by communicable disease threats in the EU/EEA, 13 February 2020. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-community-engagement-public-health-events-caused-communicable-disease>.
156. Napier D. The Rapid Assessment of Vulnerable Populations: A Barefoot Manual [Internet]. London: University College London; 2014 [cited 17 June 2020]. Available from: <https://www.sonar-global.eu/wp-content/uploads/2020/06/Rapid-Assessment-Manual-spreads.pdf>.